

Maria Sofia Nascimento Ribeiro Rodrigues

O Eu e o Nós - Perceção do Funcionamento Familiar
por Parte de Utentes de Serviços de Psicologia e
Psiquiatria e dos Seus Familiares

Universidade Fernando Pessoa
Faculdade Ciências Humanas e Sociais

Porto, 2012

Maria Sofia Nascimento Ribeiro Rodrigues

O Eu e o Nós - Perceção do Funcionamento Familiar
por Parte de Utentes de Serviços de Psicologia e
Psiquiatria e dos Seus Familiares

Universidade Fernando Pessoa
Faculdade Ciências Humanas e Sociais

Porto, 2012

Maria Sofia Nascimento Ribeiro Rodrigues

O Eu e o Nós – Perceção do Funcionamento
Familiar por Parte de Utentes de Serviços de
Psicologia e dos Seus Familiares

Dissertação apresentada à Faculdade de
Ciências Humanas e Sociais da
Universidade Fernando Pessoa, como parte
integrante dos requisitos para a obtenção do
grau de Mestre em Psicologia Clínica e da
Saúde, sob orientação da Mestre Sónia
Pimentel Alves

Maria Sofia Nascimento Ribeiro Rodrigues

RESUMO

Com este trabalho de investigação pretendemos conhecer as percepções do funcionamento familiar por parte de utentes de serviços de psicologia e psiquiatria e dos seus familiares e perceber de que forma essas percepções se relacionam entre si.

A percepção do funcionamento familiar foi estudada em função de variáveis clínicas (ano de início de doença, história familiar de doença psiquiátrica e perturbação emocional), de variáveis sociodemográficas (idade) e pelas dimensões coesão e adaptabilidade familiar.

Para a sua concretização, foi administrado um protocolo que contemplava dois instrumentos adaptados à população portuguesa: Inventário de Sintomas Psicopatológicos – BSI (Canavarro, 1999) e a Escala de Avaliação da Coesão e da Adaptabilidade Familiares – FACES-III (Curral et al. 1999); e por um questionário clínico e sociodemográfico concebido especificamente para este estudo.

Foi estudada uma amostra não probabilística constituída por 62 participantes todos utentes de serviços de Psicologia e Psiquiatria e os seus familiares, num total de 124 respondentes.

Os resultados alcançados revelam a existência de uma correlação estatisticamente significativa e positiva entre a coesão e a adaptabilidade familiar percebida pelos participantes e pelos seus familiares, assim como entre o índice de insatisfação dos participantes e dos seus familiares.

Palavras-chave: Família, perturbação emocional, adaptabilidade, coesão

ABSTRACT

With this research work, we aim to understand family functioning perceptions of psychology and psychiatric services' patients and their family members and to understand if those perceptions are intercorrelated.

The perception of family functioning was studied considering clinical variables (year of disease onset, family history of psychiatric illness and emotional disturbance), sociodemographic variables (age) and cohesion and family adaptability dimensions.

To achieve it, we administered a protocol that included two instruments adapted do the Portuguese population: Brief Symptom Inventory - BSI (Canavarro, 1999) and Family Adaptability and Cohesion Scale - FACES-III (Curral et al. 1999); and a sociodemographic and clinical questionnaire specifically designed for this study.

The study included a non-probabilistic sample consisting of 62 participants, all of them psychology and psychiatry services' patients and their families, in a total of 124 respondents.

The results reveal the existence of a statistically significant positive correlation between perceived cohesion and family adaptability by participants and their families, as well as the rate of dissatisfaction among participants and their families.

Key-words: Family, emotional disturbance, adaptability, cohesion

*“Fazer qualquer coisa completamente inteira,
seja boa ou seja má – e se nunca é inteiramente boa,
muitas vezes não é inteiramente má – sim fazer qualquer coisa completa
causa-me, talvez, mais inveja do que qualquer outro sentimento.
É como um filho: é imperfeito como todo o ente humano,
mas é nossa como os filhos são.
E eu, cujo o espírito de crítica própria não me permite senão
que veja os defeitos, as falhas, eu que não ousa escrever
mais do que trechos, bocados, excertos, bocados do inexistente,
eu mesmo no pouco que escrevo sou imperfeito também.
mais valeram pois, ou a obra completa, ainda que má,
que em todo o caso é obra;
ou a ausência de palavras, o silêncio da alma
que se reconhece incapaz de agir.”*

Bernardo Soares

Fernando Pessoa

À mãezinha.

À minha filha Isabelinha

AGRADECIMENTOS

*“O valor das coisas não está no tempo que elas duram,
mas na intensidade com que acontecem.
Por isso existem momentos inesquecíveis, coisas inexplicáveis e pessoas
incomparáveis.”*

Fernando Pessoa

À Mestre Sónia Pimentel Alves, pela dedicação e parceria neste trabalho. Pela paciência, compreensão e carinho com que sempre me recebeu. Pela disponibilidade e orientação com que sempre pude contar neste trabalho que é tão importante para mim. Obrigada por me ter feito acreditar que seria possível.

À Universidade Fernando Pessoa e a todos os docentes pela oportunidade de ensino e de formação.

À Dr.^a Rosário Curral, por autorizar a utilização da FACES-III.

À Dr.^a Cristina Canavarro, por autorizar a utilização do BSI.

A todas as instituições onde realizei a recolha de dados para esta dissertação, por terem manifestado disponibilidade para me receberem e por terem mobilizado recursos que permitiram agilizar todo o processo.

Todos os inquiridos, que generosamente se prontificaram a participar nesta investigação.

Dr.^a Ana Queiroz, pelo exemplo que para mim representa e por acreditar e apostar desde sempre em mim.

Aos meus pais, pilares da minha vida, pelo amor, carinho, e dedicação incondicionais. Por acreditarem em mim, pela protecção e segurança, pelos valores transmitidos que refletem a pessoa que sou.

À minha filha porque ilumina a minha vida mesmo na incerteza do amanhã.

Ao Pedro, por partilharmos juntos os desafios da vida, por ser o meu porto seguro, pela dedicação, pelo companheirismo, pelas horas que privou sem mim, pela paciência, por acreditar em mim desde o primeiro momento e porque amar é...

À Francisca e à Ju pela amizade que nos une mesmo quando os nossos caminhos começam a distanciar-se.

À Daniela, pela amizade e pela ajuda sincera e desinteressada.

À Cris, pela amizade selada pela esperança e pela co construção de momentos únicos de crescimento mútuo, *“Vamos Conseguir!”*

À Aninha, por me ter recebido com a sua amizade, pelas palavras certas no momento certo que me incentivaram a continuar, e pela preciosa ajuda perante a qual as palavras são poucas para expressar tamanha gratidão.

À Mi e à Maf, por partilharem esta caminhada repleta de momentos únicos e inesquecíveis.

Aos funcionários da biblioteca central da Universidade Fernando Pessoa, em particular à Carla e ao Humberto, por toda a ajuda.

A todos,

Muito Obrigada!

Índice Geral

Resumo.....	v
Abstract.....	vi
Dedicatória.....	viii
Agradecimentos.....	ix
Índice Geral.....	xi
Índice de Figuras.....	xiv
Índice de Quadros.....	xv
Lista de Abreviaturas.....	xvi

Introdução Geral.....	1
------------------------------	----------

PARTE I- Enquadramento conceptual

Capítulo I – Doença Mental.....	5
--	----------

1.1. Doença Mental – Conceito.....	5
1.2. Doença Mental – Visão Antropológica.....	6
1.3. Estigma social da doença mental.....	17
1.4. Síntese.....	21

Capítulo II – A Família.....	22
-------------------------------------	-----------

2.1. Conceptualização do Conceito.....	22
2.2. Família como sistema.....	23
2.3. Modelos de Funcionamento Familiar – Modelo Circumplexo dos Sistemas Famíliares.....	28
2.4. Síntese.....	36

Capítulo III – Binómio Família- Doença Mental.....	37
---	-----------

3.1. Doença Mental como um momento de crise.....	37
3.2. Impacto da Doença Mental na Família.....	39
3.2.1. Família – convivência com a Doença Mental.....	40
3.2.1.1. Sobrecarga Familiar.....	40
3.2.1.2. Resiliência Familiar.....	41

3.3. O papel da dinâmica familiar na emergência da doença mental.....	42
3.4. Síntese.....	45

PARTE II – Estudo Empírico

Capítulo IV– Perceção do funcionamento familiar por parte dos participantes e dos seus familiares.....	48
4.1. Desenho da Investigação.....	48
4.2. Variáveis em estudo.....	49
4.3. Objetivos.....	49
4.3.1. Objetivo Geral.....	49
4.3.2. Objetivos secundários.....	49
4.4. Procedimento.....	50
4.5. Material.....	52
4.5.1. Questionário Clínico e Sociodemográfico.....	52
4.5.2. “Escala de Avaliação da Coesão e Adaptabilidade Familiares” (FACES – III).....	53
4.5.3. “Inventário de Sintomas Psicopatológicos” (BSI).....	56
4.6. Caracterização da amostra.....	60
4.7 Análise e discussão dos resultados.....	64
Conclusão Geral.....	77
Referências Bibliográficas.....	79

Índice de Anexos

Anexo I. Autorização do HSJ, EPE
Anexo II. Autorização para a utilização do BSI
Anexo III. Autorização para a utilização da FACES-III
Anexo IV. Autorização da Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa
Anexo V. Autorização da Clínica Pedagógica de Psicologia da Universidade Fernando Pessoa
Anexo VI. Autorização do Hospital Pedro Hispano
Anexo VII. Autorização da Comunidade de Inserção Social de Esposende – Associação

Esposende Solidário

Anexo VIII. Autorização Unidade Paul Adam McKay – Unidade de cuidados continuados na área da saúde mental, da associação dos familiares da casa de saúde de S. João de Deus Barcelos

Anexo IX. Autorização do Centro Comunitário da Ponte da Anta

Anexo X. Autorização do Gabinete de Acção Social da Câmara Municipal de Esposende

Anexo XI. Questionário clínico e sociodemográfico para participantes

Anexo XII. Questionário clínico e sociodemográfico para familiares

Anexo XIII. Escala de Avaliação da Coesão e Adaptabilidade Familiares (FACES-III)

Anexo XIV. Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI)

Anexo XV. Informação ao participante

Anexo XVI. Consentimento Informado

Anexo XVII. Local de recolha/ Concelho do local de residência

Índice de Figuras

Figura 1 - Tipologia Familiar.....	26
Figura 2 - Modelo Circumplexo: Tipo de Famílias.....	34
Figura 3 - Modelo ABCX da crise familiar.....	38
Figura 4 - Modelo conceptual das relações entre as variáveis analisadas no estudo empírico.....	48
Figura 5 - Cotação linear da FACES – III.....	54
Figura 6 - Cálculo do índice insatisfação.....	55

Índice de Quadros

Quadro 1. Modelos teóricos que usam as dimensões coesão, adaptabilidade e comunicação.....	30
Quadro 2. Caracterização dos participantes em função das variáveis sociodemográficas.....	60
Quadro 3. Caracterização dos familiares em função das variáveis sociodemográficas.....	62
Quadro 4. Caracterização dos participantes em função das variáveis clínicas.....	63
Quadro 5. Caracterização dos familiares em função das variáveis clínicas.....	64
Quadro 6. Percepção do funcionamento familiar por parte dos participantes e dos seus familiares.....	65
Quadro 7. Diferenças de percepção do funcionamento familiar por parte dos participantes e dos seus familiares.....	67
Quadro 8. Percepção do funcionamento familiar por parte dos participantes em função da existência de perturbação emocional.....	68
Quadro 9. Percepção do funcionamento familiar por parte dos familiares em função da existência de perturbação emocional.....	68
Quadro 10. Adaptabilidade coesão e insatisfação familiar dos participantes em função da existência de história de doença psiquiátrica.....	71
Quadro 11. Adaptabilidade coesão e insatisfação familiar dos familiares em função da existência de história de doença psiquiátrica.....	71
Quadro 12: Adaptabilidade coesão e insatisfação familiar dos participantes em função do ano de início da doença.....	73
Quadro 13: Adaptabilidade coesão e insatisfação familiar dos familiares em função do ano de início da doença.....	74
Quadro 14: Adaptabilidade coesão e insatisfação familiar dos participantes em função da idade.....	75
Quadro 15: Adaptabilidade coesão e insatisfação familiar dos familiares em função da idade.....	76

Lista de Abreviaturas

BSI – Inventário de Sintomas Psicopatológicos

CISE – Comunidade de Inserção Social de Esposende

CPE – Com Perturbação Emocional

CPP – Clínica Pedagógica de Psicologia

DM – Doença Mental

EPE – Entidade Pública e Empresarial

FACES-III – Escala de Avaliação da Coesão e da Adaptabilidade Familiares –III

HPH – Hospital Pedro Hispano

HSJ – Hospital São João

ISG – Índice Geral de Sintomas

ISP – Índice de Sintomas Positivos

OMS – Organização Mundial de Saúde

SM – Saúde Mental

SPE – Sem Perturbação Emocional

SPSS – *Software Statistical Package for the Social Sciences*

TGS – Teoria Geral dos Sistemas

TSP – Total de Sintomas Positivos

Introdução Geral

O indivíduo vive em sociedade, integrado em pequenos grupos, que representam unidades sociais mais ou menos estruturadas, cujos elementos estabelecem relações entre si. A família representa, desta forma, a unidade básica dos grupos sociais que constituem a sociedade, pelo que consideramos a família como um sistema social constituído por um elevado número de interações (Alarcão, 2006; Gimeno, 2003). Assim, enquanto sistema, quando um acontecimento afeta um dos elementos que constitui o sistema, verifica-se o impacto do mesmo nos restantes elementos (Alarcão, 2006; Vetere, 1978). A presença de um elemento com doença mental na família altera a natureza e a dinâmica das interações familiares e as atitudes da família para com o seu familiar, bem como a família pode manifestar o seu sofrimento através da designação de um dos seus elementos, paciente identificado (Alarcão, 2006).

Nesta linha de raciocínio, assumimos a doença mental como uma ameaça à homeostasia do sistema familiar, ou como uma forma disfuncional de repor a homeostasia (Alarcão, 2006; Relvas, 1999). Deste modo, a doença mental na família é percebida como um momento de crise, representando uma mudança quer ao nível do funcionamento quer da composição.

As temáticas abordadas surgem na sequência do estágio curricular realizado na Unidade de Psiquiatria Comunitária e Hospital de Dia, do Hospital S. João, E.P.E.. Foi também deste contacto que surgiu a motivação para explorar o tema mencionado, movida pela curiosidade em estudar de que forma doença mental e a família se relacionam.

A recursividade entre doença mental e família e a falta e a dificuldade dos investigadores abordar a complexidade das interações entre os indivíduos com doença mental constituiu, de igual modo, um motivo impulsionador para a realização deste estudo, considerando que o mesmo poderá contribuir com subsídios teórico-práticos para profissionais da área da saúde mental, alvitando contribuir para a melhorar o bem-estar pessoal de cada um e o funcionamento sistémico da família. Relembrando, assim, que também na promoção da saúde mental, a família permanece como unidade básica que constitui o recurso mais imediato e disponível, e que não se pode separar.

Partindo do enquadramento teórico realizamos um estudo transversal, com uma amostra de indivíduos utentes de serviços de psicologia e psiquiatria e os seus familiares. O objetivo geral, pretende conhecer as perceções do funcionamento familiar por parte de utentes de serviços de psicologia e psiquiatria e por parte dos seus familiares e perceber de que forma essas perceções se relacionam entre si.

O Capítulo I, é iniciado com a definição do conceito de doença mental. Conscientes que a história da doença mental caminhou paralelamente com a história da humanidade, apresentamos a conceptualização antropológica, remetendo para marcos históricos, importantes, visando uma melhor compreensão quer da doença mental, quer dos modelos assistências. Neste capítulo fazemos, ainda, referência ao estigma social da doença mental, concebendo-o como produto da construção social do conceito.

No Capítulo II, iniciamos com uma breve referência dos aspetos mais relevantes no estudo da família, nomeadamente conceptualização do conceito de família, introdução da família sob o ponto de vista sistémico, modelos de funcionamento familiar destacando o Modelo Circumplexo dos Sistemas Conjugais e Familiares.

No Capítulo III, conceptualizamos a doença mental como um momento de crise, atentando o seu impacto na família. Seguidamente debruçamo-nos sobre os conceitos de sobrecarga e resiliência como resultantes da convivência da família com a doença mental e finalizamos com o papel da família na emergência da doença mental.

No Capítulo IV, descrevemos de forma detalhada, o estudo empírico levado a cabo no âmbito da investigação. Deste modo, apresentamos num primeiro momento, a metodologia utilizada, dentro da qual especificamos os objetivos, as variáveis e o desenho do estudo. Posteriormente, sistematizamos os procedimentos, seguidos pela descrição dos instrumentos utilizados e apresentamos a caracterização dos participantes. Por fim, apresentamos resultados obtidos paralelamente à sua discussão e interpretação, à luz da do enquadramento teórico realizado.

Por fim, concluímos o trabalho, procurando descrever e analisar as implicações dos resultados encontrados, quer do ponto de vista teórico, quer prático, referindo-nos, ainda, às limitações metodológicas do estudo e apresentando sugestões para o

desenvolvimento futuro desta linha de investigação, bem como algumas orientações para a intervenção psicológica neste contexto.

PARTE I
Enquadramento Teórico

Capítulo I - Doença Mental

1.1. Doença Mental – Conceito

Ao considerarmos complexas as questões associadas à saúde e à doença mental, na medida em que influenciam os indivíduos no seu todo, torna-se importante começarmos por os respetivos conceitos (Fazenda, 2008).

A definição de Doença Mental (DM) é difícil de conceber porque o seu conceito compreende uma panóplia de perturbações que interferem com o funcionamento e o comportamento emocional, social e intelectual, mais por desadequação ou distorção do que por falta ou deficiência das capacidades precedentes à doença. As perturbações mentais manifestam-se num determinado período ao longo da vida, antes do qual não se verificam alterações ou perda de capacidades (Fazenda, 2008).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) (2002) define a DM como: alterações no domínio cognitivo e emocional, ou por desadequação ou deteiorização do funcionamento psicológico e social. A DM resulta, portanto, de fatores biológicos, psicológicos e sociais.

Pelo exposto, reconhecemos que na DM não se verifica uma insuficiência, mas sim uma alteração, que detém diversos graus de gravidade, que pode ser tratada, sendo possível, em muitos dos casos, a cura. A DM pode ser aguda (curta duração) ou crónica (longa duração). Sublinhe-se que se se verificar uma deterioração das capacidades, ela é fruto da doença e não uma condição inicial (Fazenda, 2008).

O conceito de Saúde Mental (SM) é, por sua vez, ainda mais amplo, pelo que a sua definição ou identificação nem sempre é tarefa fácil. (Alves & Rodrigues, 2010; Fazenda, 2008; OMS, 2002). Todavia, do mesmo modo que, a saúde não diz respeito somente à ausência de doença, a SM é mais do que apenas a ausência de perturbação mental (Alves & Rodrigues, 2010). Neste sentido, a SM tem sido, cada vez mais, percebida como resultado de múltiplas interações entre fatores de ordem biológica, psicológica e social (Alves & Rodrigues, 2010; Fazenda, 2008).

De acordo com a OMS (2002), o conceito de SM compreende um conjunto de características positivas, nomeadamente: um estado de bem-estar subjetivo; competências de comunicação e relacionamento interpessoal, habilidades no domínio da vida pessoal e social, capacidades de autonomia e escolha de um projeto de vida; competência para autorrealização intelectual e emocional e capacidades de adequação à realidade (OMS, 2002).

1.2. Doença Mental – Visão Antropológica

Olhando através dos tempos, tornamo-nos conscientes de que a história da DM se edificou paralelamente à história da humanidade, compreendendo-se, deste modo, que a sua identidade, interpretação e os tratamentos aplicados foram movidos por padrões culturais, socioeconómicos, progressos da ciência e evolução dos conhecimentos ao longo das épocas (Colvero, Ide & Rolim, 2004; Gonçalves, 2004; Marques, 2003; Moreira & Melo, 2005; Silva, 2004; Silveira & Braga, 2005).

Daqui podemos inferir que o caminho percorrido pelo conceito de DM até aos nossos dias foi longo. Deste modo, consideramos necessário retroceder cronologicamente e abordar, ainda que de forma sucinta, alguns marcos historicamente importantes, quer na visão da DM, quer na evolução de modelos assistenciais para indivíduos com perturbação mental.

Refletindo teoricamente em torno do percurso histórico da perceção e conceptualização da loucura e, conseqüentemente as formas de agir perante elas, verificamos que a sua construção foi assinalada por avanços e recuos que ditavam transformações profundas na conceptualização da doença e na assistência prestada aos doentes, dos quais sobressaem cinco períodos; a) culturas primitivas, b) antiguidade, c) idade média, d) renascimento e e) época contemporânea (Moreira & Melo, 2005; Silveira & Braga, 2005).

a) Culturas Primitivas

Os antropólogos da atualidade estudaram as manifestações psicológicas das culturas primitivas sobre a alçada da teoria geral do comportamento humano. Contudo, a designação “culturas primitivas” levantava algumas questões, na medida em que esta

encarna um sentido vago e pouco preciso, tendo em consideração que paralelamente às culturas antigas, a “*paleo medicina*” do homem na antiguidade subsiste nas culturas tribais contemporâneas a medicina primitiva (Cordeiro, 1994).

Tendo tais elementos em consideração, importa aludir para a crença universal dos fenómenos sobrenaturais que influenciava a medicina primitiva (Cordeiro, 1994). Deste modo, torna-se compreensível que as causas da DM fossem atribuídas às influências aos demónios ou forças da natureza (Cordeiro, 1994; Gameiro, 1989; Moreira & Melo, 2005; Salaverry, 2012).

A DM representava, assim, a influência exercida pelos espíritos face à negligência manifestada: pelo incumprimento das obrigações mágico-religiosas, a possessão do demónio ou pela violação de um *tabu* (Cordeiro, 1994).

O tratamento era da responsabilidade do “*shaman*” que desempenhava o papel de intermediário entre os espíritos, os doentes e os seus familiares, sendo que as práticas associadas visavam a purificação para a reintegração social da pessoa (Gameiro, 1989; Moreira & Melo, 2005).

Tal como refere Cordeiro (1994), consideramos a possibilidade de que o “*shaman*” desempenhava simultaneamente a função de avaliador do *stress* mental da comunidade, e de psicoterapeuta (Cordeiro, 1994).

b) Antiguidade

Ao analisarmos as referências relativas a este período, destacamos em particular os contributos das civilizações Egípcia, Grega e Romana que conceberam as bases para a compreensão global e humanitária da DM, referindo a difícil leitura deste percurso, uma vez que este flutuou entre os conceitos da ciência e do teológico (Cordeiro, 1994; Moreira & Melo, 2005).

Na civilização Egípcia, o tratamento das doenças mentais contemplava o domínio físico, psíquico e espiritual. O indivíduo portador de DM era assistido por meio de diversas técnicas, das quais são exemplo: a interpretação dos sonhos, a hidroterapia, o uso de

amuletos, as fumigações e a farmacoterapia (Gameiro, 1989; Cordeiro, 1994; Moreira & Melo, 2005).

Na Grécia antiga, apesar de a loucura ser percebida como uma DM, na qual se evidenciava uma diferenciação primária entre as perturbações mentais acopladas a uma doença física e as perturbações que ocorriam na ausência de doença física aparente (Oliveira, 1999; Oliveira 2002), verificamos que predominavam as interpretações sobrenaturais das alterações do comportamento (Cordeiro, 1994; Moreira & Melo, 2005; Oliveira, 1999; 2002).

Subordinado à conceção sobrenatural da DM, não era viável delinearem-se meios seguros para a intervenção e tratamento dos indivíduos portadores de DM. Porém, as terapias utilizadas, ainda que raras, eram da responsabilidade de médicos sacerdotes e alicerçadas essencialmente em processos médico-religiosos (Cordeiro, 1994; Oliveira, 1999; Oliveira, 2002).

Na época descrita, o convívio com a DM era possível, sendo apenas restrito nos casos considerados mais graves, os quais atingiam níveis de periculosidade (Silva, 2004).

Hipócrates, pai da medicina, notabilizou-se entre os clássicos gregos ao refutar a interpretação médico religiosa da origem das doenças mentais, introduzindo explicações racionalistas suportadas pelas leis da física. Por outras palavras, podemos inferir que o filósofo foi pioneiro ao assinalar a origem biológica das doenças mentais, concebendo-as como um desequilíbrio entre os quatro humores corporais (sangue, bílis, linfa e fleuma) associado aos componentes físicos da natureza (calor, frio, humidade e aridez). Alicerçado na conceção do saber médico, Hipócrates sugere que os indivíduos poderiam ser classificados em função dos quatro temperamentos correspondentes: sanguíneo, colérico, melancólico e fleumático, os quais definiriam a orientação emocional predominante do indivíduo (Cordeiro, 1994; Oliveira, 2002; Pires, 2003).

Na mesma linha de raciocínio, Hipócrates sugeriu que o equilíbrio do indivíduo “*crasia*”, estaria intimamente relacionado com a interação ótima das forças externas e internas que, por sua vez, na eventualidade de entrarem em conflito conduziriam à presença de excesso de humor corporal e, conseqüentemente, ao desequilíbrio

“*discrasia*” (Cordeiro, 1994; Marques, 2003; Oliveira, 1999; Sallverry, 2012; Vallejo, 2002).

Para o tratamento que visava o restabelecimento do equilíbrio, Hipócrates sugeria o recurso a drogas, regimes específicos ou ambos. Não menos importante de referir, era a intenção de explicar e tornar claros para o indivíduo todos os factos associados à sua perturbação (Oliveira, 2012).

Partindo do pressuposto que o corpo e a mente não deveriam ser concebidos separadamente e que a cura de variadas doenças dependia da atenção do médico em relação ao indivíduo como um todo, Platão e o seu discípulo Aristóteles defendiam que o indivíduo deveria ser percebido no seu todo (Ribeiro, 1998). Platão acreditava que a DM podia assumir quatro formas diferentes: profética, poética, erótica e teléstica. É ainda com o filósofo que os sonhos alcançam particular importância, sendo considerados como elementos essenciais para o tratamento, que se propunha atingir o equilíbrio entre o corpo e a mente. Por sua vez, Aristóteles defendia empiricamente que a DM era passível de ser tratada por recurso à libertação das emoções reprimidas (Cordeiro, 1994).

Tal como refere Cordeiro (1994), os romanos concebiam a DM à luz de crenças populares e supersticiosas de origem etrusca (Cordeiro, 1994). Porém, atendendo à história romana, facilmente compreendemos que com o domínio romano sobre a Grécia, a civilização romana foi francamente influenciada pela cultura grega, ao nível das conceções médicas e filosóficas sobre DM (Cordeiro, 1994; Santos, 2001).

As contribuições dos romanos para a abordagem do conceito de DM assumiram particular relevância, considerando que foi responsabilidade dos médicos romanos a descrição de alguns fenómenos psicopatológicos, bem como a inovação nos métodos de tratamento dos doentes mentais que contemplavam; prescrições de dietas específicas, fisioterapia, ludoterapia, diferentes formas de atividades de grupo, musica, leitura e a permanência em salas claras e arejadas (Cordeiro, 1994; Santos, 2001). Destacamos, ainda, o contributo de Celso (século I a.C.) que atribuía grande importância ao relacionamento individual médico-doente, pois acreditava ser um fator importante no tratamento das doenças mentais (Cordeiro, 1994).

Neste momento, consideramos que Galeno merece especial menção, na medida em que se notabilizou pelos seus trabalhos, que influenciaram o ensino e a prática da medicina durante mais de mil anos (Salaverry, 2012; Santos, 2001; Silva, 2004). Os seus estudos, visavam explicar as diferentes estruturas do corpo Humano, observando as respetivas funções numa conjugação coerente. Deste modo, procurava fazer corresponder o estado de saúde a um estado de equilíbrio e, por sua vez, o desequilíbrio à manifestação de falência, estabelecendo e determinando a existência de uma relação causa-efeito (Santos, 2001; Silva, 2004).

Galeno, embora comungasse do carácter natural da DM, defendido por Hipócrates, foi inovador ao prever a evolução da doença e a relacioná-la com o psiquismo (Salaverry, 2012; Silva, 2004;). Segundo a tradição galénica, a DM era classificada em dois tipos: mania (provocada pelo excesso do humor sangue ou biliar amarela, manifestando-se através de alucinações ou delírios) e a melancolia (provocada pelo excesso de biliar negra, manifestada pelas depressões) (Salaverry, 2012). Importa, também, referir que devemos a Galeno o início do desenvolvimento da farmacoterapia (Santos, 2001; Silva, 2004).

São, ainda, dignas de nota, as contribuições dos romanos no domínio jurídico-penal, declarando na sua legislação as bases da inimputabilidade para os doentes mentais (Cordeiro, 1994; Marques, 2003; Oliveira, 1999; 2002). Podemos, deste modo, inferir que as leis que vigoravam no direito romano determinavam a capacidade/incapacidade dos doentes mentais, atribuindo-lhes um estatuto próprio sem grau de culpabilidade civil (Cordeiro, 1994; Oliveira, 1999; 2002).

A cultura romana caracteriza-se, também, pela importância que atribuía ao urbanismo que intentava o seu bem-estar, o que possivelmente terá influenciado a edificação das primeiras instituições destinadas a acolher pobres e indivíduos portadores de DM (Oliveira, 1999; Marques, 2004).

Com a queda do Império Romano, assistiu-se ao declínio da evolução social, que se refletiu em todos os domínios da ciência. Os séculos seguintes distinguem-se pelo obscurantismo determinado pelo retrocesso na conceção da DM, destacando-se

atribuições associadas ao místico e ao oculto (Cordeiro, 1994; Sallaverry, 2012; Vallejo, 2002).

c) Idade Média

Com a evolução das sociedades verificamos o regresso de concepções sobre a DM subjugadas a crenças religiosas, fenómenos místicos e superstições. Deste modo, a DM representava uma obscura manifestação cósmica. Daqui concluímos que os indivíduos portadores de DM eram percebidos como uma personificação do mal, uma pessoa amaldiçoada, objeto de superstição e feitiçaria (Foulcault, 1972).

Neste sentido, o tratamento da DM era da inteira responsabilidade da igreja que ancorados em concepções demonológicas, concebiam o exorcismo, rituais religiosos e práticas que provocassem grande sofrimento, meios privilegiados para expulsar do corpo os espíritos (Belmonte, 2003; Cruz & Oliveira, 2007; Foulcault, 1972; Oliveira, 1999; Pires, 2003; Vallejo, 2002).

Segundo Foucault (1972), na época medieval a lepra e a figura que dela padeciam incutiam práticas severas de segregação que seriam posteriormente aplicadas na marginalização dos doentes. Neste sentido, multiplicaram-se as gafarias para abrigo e acompanhamento dos leprosos, de forma a resguardar a restante população do perigo de contágio. Com a regressão e a erradicação da doença, no final da idade média, a leprosarias passaram a ser ocupadas pelos indivíduos com DM. Assim, os referidos locais e os seus utilitários permanecem com o estigma anteriormente atribuídos aos leprosos, de segregação e exclusão social (Foulcault, 1972).

Destaca-se, nesta época, o contributo da civilização Árabe que rompe com o obscurantismo no qual se vivia que, pelas suas ideias e técnicas avançadas, percebe a Psiquiatria de uma forma mais humana e aonde se assiste à construção de hospitais psiquiátricos (Cordeiro, 1994; Salaverry, 2012). Deste modo, verificamos que os árabes interpretavam a DM segundo princípios naturalistas, recorrendo às sangrias e às purgações para expelir os humores alterados. Contudo, apesar do tratamento profissional, a concepção popular de DM mantinha este tema restrito ao domínio familiar (Salaverry, 2012).

d) Renascimento

A influência do Humanismo promoveu a valorização da experiência clínica e a descrição dos doentes em detrimento da conceção mágica que vigorava. Contudo, no domínio popular, prevaleciam as interpretações características da época medieval (Cordeiro, 1994; Foulcault, 1972; Oliveira, 2002).

No caminho paralelo à conceção mágica da perturbação mental, incitado pelo movimento renascentista, surge uma conceção alternativa que atribuía causas naturais à DM contribuindo, deste modo, com novas estruturas de assistência à DM que, contudo, fortaleciam procedimentos como a perseguição, a exibição em público, preconizando a restrição em massa dos indivíduos portadores de DM (Foulcault, 1972; Oliveira, 2002).

Foulcault (1972) refere que a expulsão em massa dos indivíduos portadores de DM não é confirmada pela história, embora este seja um tema particularmente emblemático do imaginário e simbolismo da literatura e pintura da época (Foulcault, 1972).

No decurso do séc. XVI, permanecem as representações de inspiração mística da DM e do indivíduo portador de DM. A DM é interpretada como uma resignação do mundo, um abandono à vontade sombria de Deus e um fim que se desconhece (Oliveira, 2002).

O século XVII é caracterizado pelo recurso aos internamentos, na medida em que a ordem propunha a reclusão de todos aqueles considerados como desadaptados socialmente (pobres, vagabundos, válidos ou inválidos, doentes ou convalescentes, curáveis e incuráveis e os indivíduos portadores de DM). Os internamentos eram realizados em instituições hospitalares que não funcionavam num regime médico integral, pelo que o seu funcionamento estava subjugado ao regime prisional e jurídico nos quais imperavam os castigos e punições corporais (Foulcault, 1972; 2008). Neste período a DM é compreendida no contexto social da pobreza, e os internamentos percebidos como forma de controlo social, porém incorre-se no risco de intentarmos a generalização, considerando que todos os indivíduos com DM eram tratados como prisioneiros (Foulcault, 2008; Oliveira, 2002).

Tendo tais elementos em linha de conta, podemos inferir que os indivíduos portadores de DM, defrontados socialmente como incómodos e indesejáveis, eram asilados

promovendo-se, desta forma, uma limpeza social (Moreira & Melo, 2005; Oliveira, 2002). Desta forma, podemos referir que os asilos não comportavam qualquer intenção terapêutica, na medida em que a admissão dos indivíduos não objetivava o seu tratamento, considerando-se apenas o facto de estes não serem aceites socialmente (Foucault, 2008; Shorter, 2001). Porém, é neste contexto que a DM inicia a sua aproximação ao pensamento médico, embora numa perspetiva distante do esperado, pois o médico representava um elemento fundamental, não tanto para tratar, mas para impedir o contágio, de acordo com a crença de que a DM seria contagiosa (Oliveira, 2002).

Segundo Foucault (1972, 2008), foi precisamente à luz subsistência dos fantasmas da idade média que a DM reclamou posição social e com a ela a definição de espaços de acolhimento que asseverassem a sociedade contra os seus perigos, impulsionando a reforma dos manicómios a partir da segunda metade do século XVIII (Foucault, 1972; 2008).

e) Época Contemporânea

Com a chegada do Iluminismo (final do século XVIII), aonde razão ocupa um lugar de destaque, assistimos a um novo desenvolvimento da história da DM. Este período sobressai pelo otimismo terapêutico, caracterizado pela demarcação do fenómeno de loucura como saber médico, apropriando a DM do estatuto de doença e, portanto, passível de cura. Por outras palavras podemos dizer que com o final do Iluminismo estamos perante a primeira revolução em saúde mental, que nos remete para o estatuto de doença à DM e nos persuade para o carácter curativo das instituições (Moreira & Melo, 2005; Oliveira, 2002; Shorter, 2001).

Shorter (2001) considera William Battie um pioneiro nos caminhos da Psiquiatria, que acreditou nos benefícios terapêuticos da institucionalização do doente mental, usando como método terapêutico o isolamento. O doente não deveria, portanto, receber visitas e a prestação de cuidados seria assegurada pelos enfermeiros do manicómio. Constitui parte do legado deste psiquiatra, a publicação dos regulamentos e fundamentos necessários à direção de um manicómio (Shorter, 2001).

No apogeu da Revolução Francesa, Pinel (médico psiquiatra) notabiliza-se na história da Psiquiatria, não pela libertação das correntes dos loucos de Bicêtre¹, mas pela obra datada de 1801, que reproduz o primeiro texto formal da Psiquiatria, no qual defende o asilo como o local mais apropriado para o exercício da terapia psicológica curativa, sustentada no uso da experiência, na relação médico-doente e na ocupação do tempo dos indivíduos com atividades e trabalhos diversos (Ey, Bernard & Brisset, 1978; Foulcault, 2008; Oliveira, 2002; Pires, 2003; Salverry, 2012; Shorter, 2001).

Esquirol, discípulo de Pinel, contribuiu para o esclarecimento dos procedimentos terapêuticos necessários à organização da vida num asilo e sugeriu o desenvolvimento de comunidades terapêuticas, nas quais os médicos e doentes vivessem como membros de uma comunidade num ambiente psiquiátrico. Este conceito era baseado na convicção da eficácia do afastamento da instituição terapêutica relativamente ao mundo exterior (Salverry, 2012; Shorter, 2001).

Próximo da Primeira Guerra Mundial, por razões ainda hoje controversas, o modelo de manicómio terapêutico parecia ter fracassado. Contudo, o aumento exponencial de doentes crónicos, a consequente sobrelotação e a escassez de recursos humanos e económicos, poderão ter contribuído para esta desventura, bem como fatores, associados a pressupostos nos quais assentava o modelo assistencial, tais como: convicção de que o internamento por si só conduziria ao processo de cura, ténue valorização da realidade crónica da psicopatologia grave, o relevo da etiologia hereditária da DM em prejuízo dos fatores sócio ambientais e a crença de que a DM era incurável (Oliveira, 2001).

Para Shorter (2001), a proporção cada vez maior do número de doentes mentais, deve ser analisado fundamentalmente à luz de dois fatores:

- a) Primeiro: redistribuição dos doentes, que eram afastados das suas famílias ou deslocados dos asilos para instituições terapêuticas dos manicómios. Importa salientar que a família (a partir do séc. XVIII)

¹ Pinel foi de facto um dos principais responsáveis pela famosa libertação dos loucos do Hospital de Bicêtre, porém o feito já havia sido promovido por outros psiquiatras. Importa ainda referir que, terá sido Pinel o mentor da substituição das correntes por camisas de forças (Oliveira, 2002).

representava o ponto de estabilidade emocional, pelo que os indivíduos com perturbações emocionais, ficavam desenquadrados, sendo portanto encaminhados para instituições, de modo, a reservar a família da vivência com a DM;

b) Segundo: questões sociais do séc. XIX; neuro sífilis, a psicose induzida pelo excessivo consumo de álcool e eventualmente o aumento de casos de esquizofrenia.

Nos anos de 1900, a Psiquiatria debruçava o seu interesse na procura de fundamentações científicas através da biologia. Porém, os estudos indicaram que as doenças mentais eram na sua maioria hereditárias havendo a propensão de piorar de geração em geração (Shorter, 2001).

Griensinger, psiquiatra alemão do séc. XIX, impulsionou a Psiquiatria biológica, ao considerar que a DM era uma doença do cérebro, facto que permitiu à investigação científica assumir o seu estatuto na Psiquiatria através dos estudos realizados com o cérebro e o tecido nervoso (Shorter, 2001).

Kraepelin assinalou o fim da primeira vaga da Psiquiatria Biológica, introduzindo uma nova abordagem sobre a DM que contemplava o curso da DM e não o tipo de sintomas apresentados, como forte indicador da natureza da patologia, estratégias de pesquisa e tratamento. Meyer, psiquiatra americano, comungou das doutrinas de Kraepelin, todavia foi pela negação das mesmas que abriu caminho para compreensão psicanalítica da DM (Shorter, 2001).

No final do século XIX, através da descoberta do inconsciente, emerge a segunda Revolução na Saúde Mental (Ey, Bernard & Brisset, 1978; Moreira & Melo, 2005; Shorter, 2001).

Freud defendia que os problemas de foro psicológico surgiam do inconsciente, de acontecimentos passados, dando ênfase às experiências de natureza sexual. A sua terapia era baseada na análise de sonhos, na associação livre e na hipnose. A psicanálise inicia assim o seu lugar na história considerando o doente como pessoa com história de

vida e necessidades emocionais, características estas que o terapeuta podia equilibrar (Moreira & Melo, 2005; Shorter, 2001).

A Psiquiatria até ao final da década de 70 foi sendo dominada pelo paradigma psicanalítico contudo, assistimos de igual modo, ao início da segunda era da psiquiatria biológica (Shorter, 2001), distinguida pela eficácia da investigação das causas e tratamento da doença mental, numa coligação prolífica entre geneticistas, farmacologistas, radiologistas, bioquímicos e patologistas (Oliveira, 2002).

Tendo em linha de conta, os factos acima descritos, importa referir que apesar de assistirmos no século XIX à evolução da conceção da DM, quando a loucura começou a ser considerada como uma doença e não uma questão de ordem pública, foi somente com a descoberta de psicofármacos, e através da Desinstitucionalização que foi possível verificar mudanças nas atitudes da sociedade. O Movimento de Desinstitucionalização tinha por objetivo primeiro a melhoria das condições de vida nos hospitais, pela disseminação da terapia ocupacional e, mais tarde, pela impugnação do modelo hospitalar como instituições totalitárias (Fazenda, 2008; Moreira & Melo, 2005).

A Desinstitucionalização iniciou-se nos Estados Unidos da América, atingindo o seu expoente máximo em Itália com o Movimento de Psiquiatria Democrática que, ancorado nas ideias de Franco Basiglia, conduziu ao encerramento dos hospitais psiquiátricos e à criação de estruturas na comunidade, tais como; Centros de Saúde Mental e de residências, que visavam dar resposta aos indivíduos que tinham saído dos hospitais (Moreira & Melo, 2005; Fazenda, 2008). Estamos, deste modo, perante o advento da Psiquiatria Comunitária, que anunciava uma mudança não só no *locus* de tratamento, como também nos seus objetivos e funcionamento. Esta abordagem preconizava uma nova forma de tratar os indivíduos portadores de DM na comunidade, sem os afastar da sua família e do seu contexto social, por meio de Centros de Saúde mental ou Unidades de Psiquiatria nos Hospitais Gerais. Neste sentido, os internamentos eram pautados por uma duração limitada, na medida em que o objetivo seria ultrapassar o momento de crise, a fase mais aguda, fazer um diagnóstico e definir um plano terapêutico para que, posteriormente, o indivíduo possa ser acompanhado em regime de ambulatório (Fazenda, 2008).

Sobrelevando-nos das considerações descritas, podemos inferir que a Psiquiatria Comunitária objetiva a emancipação do indivíduo portador de DM, assistido por uma ampla gama de serviços e contextos sociais. O seu processo terapêutico é definido com base numa perspectiva holística que compreende a inserção do indivíduo no seu contexto familiar e social. Esta abordagem, refere o enquadramento familiar, social e comunitário do indivíduo, como parte integrante e necessariamente implícita no processo da doença mental, isto é; percebe o indivíduo portador de doença mental em permanente relação tal como um sistema aberto que cresce na interação com o seu meio (Silva, 2004).

1.3. Estigma social da doença mental

A saúde e a doença são variáveis determinadas social e culturalmente, pelo que diferem de sociedade para sociedade, como dentro da mesma sociedade na medida em que encontramos interpretações distintas e diferentes comportamentos face às entidades referidas. Deste modo, podemos inferir que tanto a saúde como a doença evoluem no decurso do processo de socialização, como produto das interações definidas entre os indivíduos e o seu meio em função do pensamento do grupo a que pertencem (Gonçalves, 2006).

Refletindo sobre as representações da doença mental à luz da evolução social, constatamos que a forma como a doença é percebida é influenciada por aspetos situacionais.

No decurso da evolução dos tempos, a compreensão da DM por parte da sociedade e da comunidade científica ensaiou diversas metamorfoses, assinalando-se diferentes significados e interpretações no imaginário social. Porém, a estigmatização do indivíduo portador de DM prevaleceu ao longo dos tempos (Foucault, 1972; Hildebrandt & Moraski, 2005; Spadini & Souza, 2006).

De acordo com os dados da OMS (2002), estima-se que uma em cada quatro famílias tem pelo menos um elemento que sofre de uma perturbação mental, sendo da responsabilidade destas famílias não só proporcionar apoio físico e emocional, bem como suportar o impacto negativo que subjaz à estigmatização (Maciel, Maciel, Barros,

Silva & Camino, 2008), sublinhando-se as repercussões nos domínios económico, social e laboral (Azevedo, Miranda & Gaudêncio, 2009).

A forma como falamos da DM expressa um determinado conteúdo, sobre o qual é importante refletir sob pena do nosso pensamento e comportamento poderem ventilar preconceitos e estereótipos que rotulam o indivíduo potenciando a sua segregação da sociedade (Spadini & Souza, 2004). Desta forma, depreendemos que estigmatizar representa o modo pelo qual se sinaliza com o propósito de identificar e segregar, compreendendo-se que a estigmatização das doenças mentais inicia-se por meio da rotulação indicando um processo de qualificação e desqualificação do indivíduo na trilha da exclusão (Jara, 2006; Wanderley, 2002).

De acordo com Pryor, Reeder, Yadon e Hesson-McInnis (2004), o estigma representa a identificação de algumas características distintas ou marcas que o indivíduo portador de DM exhibe, sendo que estas revertem para a sua desvalorização. A identificação das referidas características acarreta uma resposta emocional imbuída de cariz negativo em relação à pessoa estigmatizada, que se define como aquela que cuja sua identidade social ou pertença a uma determinada categoria emocional é desvalorizada pelo outro. Neste sentido, Rozin, Lowery e Elbert (1994) sugerem como exemplos de respostas comuns manifestadas pelos diferentes tipos de estigma; aversão, rejeição e a exclusão (Byre, 2000).

Por outras palavras, podemos fundamentar a definição de estigma através da desvalorização social ou pela lacuna sustentada nas características pessoais de um indivíduo, exibindo implicações sociais negativas (Byre, 2000; Thompson, Noel & Campbell, 2004).

Decorre da influência do estigma da DM nas ligações comunitárias, no suporte social e nas oportunidades de reinserção das pessoas, verificamos que este tem sido objeto de estudo de múltiplas análises. Sublinha-se, assim a conceção de *recovery* segundo Fisher (2006), mediante a qual se depreende que o indivíduo portador de DM com suporte social pode viver inteiramente em sociedade.

De acordo com a literatura, verificamos que apesar de existirem diversos pontos de vista sobre o estigma, todos comungam da concepção de que uma pessoa é estigmatizada quando possui uma característica, considerada desviante da norma.

Em oposição, Elliot, Ziegler, Atلمان e Scott (1982) concebem o estigma como uma forma desviante que orienta os outros a julgarem os demais como seres ilegítimos de participar nas interações sociais. Isto é, os indivíduos que pelas suas características denotem falhas nas suas competências e capacidades são avaliados como ilegítimos de participar nas interações sociais, na medida em que exibem comportamentos inconsistentes e inesperados, sendo que em muitos dos casos poderão representar uma ameaça para os outros ou à interação em si (Hildebran & Moraski, 2005). Assim, os indivíduos classificados como ilegítimos de participar numa interação ficam à margem das normas sociais, podendo ser excluídos e totalmente ignorados (Elliot, Ziegler, Atلمان & Scott, 1982).

Desta forma, verificamos que o processo de estigmatização exclui, de um modo sistemático, todos aqueles que pertencem a um grupo social diferente, tendo em consideração que os mesmos evidenciam características que os distinguem dos outros (Hildebran & Moraski, 2005; Kurzban & Leary, 2001;).

Neste sentido, apraz-nos aludir para Corrigan (2004), que considera o estigma como a expressão social do “*disempowerment*”, considerando que o estigma potencia a expectativa quer no público em geral quer no indivíduo portador de DM, de que estas são incapazes de arcar com as responsabilidades e viver independentemente.

Importa, neste momento, fazer referência ao paternalismo, estereótipo que nos remete para a concepção do indivíduo portador de DM como infantil exigindo, por isso, cuidados e proteção dos familiares, amigos e comunidade em geral (Taylor & Dear, 1985).

Atendendo às considerações acima descritas, podemos inferir que as atitudes públicas negativas, os estereótipos e as concepções erróneas são expressas através de comportamentos, tornando-se assim perceptível que o indivíduo portador de DM, conceba a discriminação como produto de um comportamento de um indivíduo ou

grupo, que aborda os membros de outro grupo injustamente (Thompson, Noel & Campbell, 2004). Podemos verificar a presença da discriminação em diversos domínios do quotidiano: trabalho, educação, cuidados médicos, habitação, alojamentos públicos e até mesmo nos serviços de saúde mental (Stephen, 2007; Thompson, Noel & Campbell, 2004).

Segundo diversos autores, os estereótipos, os preconceitos e a discriminação em relação aos indivíduos portadores de DM podem, eventualmente, condicionar as oportunidades de vida, nomeadamente no que respeita à obtenção de emprego competitivo e de uma vida segura e independente (Corrigan et al. 2000; Sant'Ana, Pererira, Borenstein & Silva, 2011).

De acordo com Corrigan e Kleinlein (2005), o estigma representa, deste modo, uma resposta da comunidade à presença de eventuais fatores de incapacidade que os indivíduos detêm.

Corrigan et al. (2000) sugere que as manifestações de sintomas psiquiátricos, os défices nas competências sociais, a aparência física e a existência de rótulos, como sinais através dos quais a população em geral identifica o indivíduo portador de DM.

Os mesmos autores sugerem que, para além das repercussões do estigma no portador de DM, devemos considerar as pessoas que lhes são próximas, de igual modo, afetadas. Nesta linha de raciocínio, destacamos o conceito de estigma associativo ou por associação introduzido por Goffman (1990), que traduz a ideia de que o preconceito e a discriminação, experienciados por indivíduos portadores de DM, afetam ainda a família, os prestadores de cuidados e outros elementos a elas associados (Corrigan & Kleinlein, 2005). Deste modo, alvitramos que a DM para além do estado de sofrimento que se assume, representa também uma realidade social, considerando que o seu aparecimento constitui um problema que dinamiza um processo social complexo (Reinaldo & Saeki, 2004).

1.4. Síntese

Ao longo da História a doença mental foi percecionada e interpretada de diferentes formas, tendo sido explicada por meio de paradigmas mágico-religiosos, metafísicos e pré-científicos. Neste sentido, sublinhamos a necessidade de realizar a leitura da DM à luz da História, assinalando diferentes períodos históricos (culturas primitivas, antiguidade, idade média, renascimento e época contemporânea), que cunharam de um modo particular a evolução e conceptualização do conceito (Gonçalves, 2004).

É por meio da abordagem antropológica que compreendemos a complexidade e a riqueza das relações interpessoais, na medida em que reformula a experiência subjetiva de doença, considerando os processos interpessoais e locais, permitindo-nos compreender o “*modus vivendi*” das populações e as suas formas de encarar a doença (Gonçalves, 2004).

A conceção da doença mental, resulta de uma construção histórica variável segundo a conjuntura social, representando o meio através do qual os indivíduos atribuem os seus comportamentos e as relações que estabelecem com os membros da sociedade da qual fazem parte, bem como o sistema de crenças que lhe estão subjacentes, pelo que identificamos a presença do estigma como resultado das dinâmicas sociais que indubitavelmente conduzem o percurso da mesma (Gonçalves, 2006).

Capítulo II - Família

2.1. Conceptualização do conceito

Com a audácia que as palavras nos permitem podemos dizer que todos sabemos, porque sentimos, o que é uma família; como funciona, quais os seus principais problemas e competências. Por sua vez, o conhecimento científico, alicerça o saber ser família na multiplicidade de conceitos próprios de cada disciplina e na relação resultante do cruzamento das mesmas (Alarcão, 2006; Gimeno, 2001; Relvas, 1996).

Assim, perante a dualidade entre o sentir e o saber, emerge a necessidade de definir a família, porque enquanto grupo social que se arroga, torna-se premente identificar características ou modalidades que a descrevam e a distingam de outros grupos sociais (Alarcão, 2006).

A família representa o contexto de excelência para o desenvolvimento de interações significativas, podendo ser considerada como o primeiro agente de socialização, o que legitima a conceção de primeiro e mais importante grupo social. Por outras palavras, podemos dizer que a família circunscreve a unidade básica da sociedade que promove a aquisição da linguagem, os primeiros contactos corporais, bem como, a primeira interação entre os seus membros e o meio, sublinhando a partilha de significados das suas vivências o que possibilita, à criança desenvolver-se como um ser adulto e autónomo (Alarcão, 2006; Colvero, Ide, & Rolim, 2004; Fazenda, 2005; 2008; Figueiredo & Charepe, 2010; Pereira & Pereira, 2003).

Assumindo a família como um grupo institucionalizado, fulcral na vida social, verificamos que, no decurso dos tempos, tem sido alvo de diversas alterações decorrentes de transformações ocorridas em diversos domínios: cultural, económico, político, social, de que são exemplos mudanças demográficas (eg.: longevidade humana), participação crescente da mulher no mercado de trabalho, divórcio, organização familiar² distinta da família nuclear tradicional, controlo da procriação a

² É possível distinguir seis tipos de família: família de origem (onde nascemos), família nuclear (pais e filhos), família monoparental (constituída pelos filhos e apenas um dos progenitores), família de procriação (constituída pelo casal apenas com o intuito de reprodução), família alargada (constituída por três gerações) e a unidade de convívio (compreende os casais que vivem em união de facto e irmãos ou amigos que partilham a habitação) (Gimeno, 2003).

partir dos anticoncetivos e transformações ocorridas nos papéis parentais e de género (Alarcão, 2006; Gimeno, 2003; Fazenda, 2008).

Nesta linha de raciocínio, apraz-nos a definição de Carter e Murdock (2001) que apresenta a família enquanto unidade de organização social que tem sofrido alterações ao longo da história, local, circunstâncias e estágio do ciclo vital. Adotando a mesma perspetiva torna-se, compreensível a existência de múltiplas definições de família (espaço histórico e simbólico) asseverando que o conceito de família não é um conceito unívoco para todas as épocas e culturas. Assim, face à pluralidade de modelos familiares, decorrentes da evolução dos tempos e culturas, encaramos a complexa tarefa de convergirmos para o consenso da definição única de família (Gimeno, 2003).

2.2. Família como sistema

Sampaio e Gameiro (1985), definem a família como um sistema que representa um conjunto de elementos que se encontram vinculados por relações, que preservam uma relação contínua com o exterior, garantindo o seu equilíbrio ao longo de um processo de desenvolvimento que compreende diferentes estádios de desenvolvimento.

Enquadramos, desta forma, a Teoria Geral dos Sistemas (TGS) anunciada por Von Bertalanffy que, com os seus subsídios teórico-práticos beneficiou a perspetiva sistémica familiar, ao procurar descrever e integrar as características gerais dos sistemas, para analisar e compreender o funcionamento destes considerando que os elementos que constituem o sistema não devem ser percecionados como partes isoladas, mas sim como um todo (Relvas, 1996; Vetere, 1987).

Neste sentido, para que seja possível uma leitura global das características e do modo de funcionamento da família, as teorias da família construídas à luz da TGS deveriam permitir descrever e explicar a estrutura, a dinâmica e o processo de mudança familiar; descrever as estruturas interpessoais e a dinâmica emocional existente entre os elementos que constituem a família; compreender a interação entre os acontecimentos do meio e o desenvolvimento individual, descrever os processos de individualização e diferenciação dos elementos da família; fazer prognósticos no que respeita à

saúde/doença da família; contemplar as situações de estabilidade e mudança que ocorrem no decurso do ciclo vital (Vetere, 1987).

Todavia, importa referir que a caracterização do sistema familiar, é constituída não só pelos pressupostos da TGS, bem como da Teoria da Cibernética, da Teoria da Pragmática da Comunicação de Watzlawik e também a Teoria Familiar Estrutural de Minuchin (Relvas, 1999). Deste modo, a família enquanto organismo vivo é um sistema, que representa uma ordem dinâmica entre as partes constituintes e processos entre os quais se evidenciam interações recíprocas, considerando-se a família como um sistema aberto no qual se verifica a entrada e saída regular de informação através do limite ou fronteira do sistema (Alarcão, 2006; Relvas, 1999).

Tendo tais elementos por linha de raciocínio concebemos, deste modo, a família como um sistema, na medida em que é constituída por objetos atributos e relações, contém subsistemas, encontra-se inserida noutros sistemas que obedecem a uma hierarquia sistémica³ e possui limites que a diferenciam do contexto no qual se encontra inserida (Alarcão, 2006).

Por outras palavras, podemos inferir que a família é um todo (sistema), inserida em sistemas mais amplos, constituída por totalidades mais pequenas (subsistemas). Daqui depreendemos que cada elemento que constitui o sistema familiar é parte integrante de outros sistemas e subsistemas, assumindo em simultâneo diferentes papéis em diferentes contextos, aos quais correspondem diferentes estatutos e funções e tipos de interação (Fazenda, 2005; 2008; Relvas, 1996). Desta forma, podemos inferir que o comportamento de um indivíduo do sistema familiar é indissociável do comportamento dos restantes indivíduos e aquilo que lhes acontece influencia a família no seu todo (Alarcão, 2006; Vetere, 1987).

No sistema familiar é possível distinguirmos quatro principais subsistemas:

- a) O individual, é constituído pelo indivíduo que assume um determinado papel e funções familiares, para além daqueles que representa noutros sistemas;

³ São pressupostos da Hierarquia Sistémica: permeabilidade das fronteiras dos vários sistemas ou subsistemas, compreensão de que cada sistema ou subsistema necessita do conhecimento dos contextos em que participa, o que implica a análise das relações horizontais (dentro o mesmo subsistema) e das relações verticais (entre diferentes subsistemas e sistemas) (Relvas, 1999; Alarcão, 2006).

- b) O conjugal, é representado pelo casal ao qual compete a função de desenvolver limites e fronteiras que os protejam da intromissão de outros elementos, constituindo a base para o crescimento dos seus filhos, representando um modelo relacional para o estabelecimento de relações futuras;
- c) O parental, por norma, é constituído pelos elementos que constituem o subsistema conjugal, podendo incluir um avô, uma avó. Este subsistema assumindo assume como funções a educação e proteção dos seus filhos. É por meio das relações que se definem entre pais e filhos que estes apreendem o sentido de autoridade, de filiação e pertença familiar;
- d) O fraternal, é composto pelos irmãos. Este subsistema é o lugar de socialização por excelência, que permite a experimentação de diferentes papéis e o desenvolvimento das capacidades de relacionamento interpessoal (Alarcão,2006; Carter & Murdrock,2001; Fazenda, 2005; 2008; Relvas, 1999).

De acordo com o descrito, podemos inferir que a noção de subsistema nos permite perceber que a família não é homogénea na medida em que, se verifica que os mesmos indivíduos podem pertencer simultaneamente a diferentes subsistemas, sendo que estes desempenham funções diferentes embora intimamente relacionadas (Fazenda, 2005; 2006). Desta forma, emerge a necessidade de definir limites ou fronteiras, observando que cada subsistema tem as suas necessidades e características próprias, que devem ser distinguidas. (Alarcão, 2000; Fazenda, 2005; 2008).

Neste sentido, Minuchin (1979) refere três tipos de limites ou fronteiras: os claros (delimitam o espaço e as funções de cada membro ou subsistema, sendo portanto possível a comunicação entre os mesmos), os difusos (sinalizados pela grande capacidade de permeabilidade que ameaça a diferenciação dos subsistemas) e os rígidos (caracterizada pela enorme dificuldade de comunicação e compreensão entre os subsistemas em virtude da pouca permeabilidade existente) (Minuchin,1979).

O modo pelo qual os limites são definidos difere de família para família, pelo que, as famílias podem ser classificadas num intervalo compreendido por um polo emaranhado (limites difusos) e um polo desmembrado (limites rígidos). As famílias emaranhadas

correspondem a famílias caracterizadas pela fragilidade e permeabilidade, onde a comunicação é permitida entre os vários subsistemas não existindo, portanto, respeito pela autonomia própria de cada indivíduo. Nestas famílias, embora a coesão seja muito forte existem poucas possibilidades de diferenciação dos seus membros. Por sua vez, as famílias desmembradas são excessivamente rígidas, não promovem a comunicação e privilegiam a autonomia de cada um dos seus elementos verificando-se, desta forma, a ausência de coesão e do sentimento de pertença, evidenciando-se a diferenciação (Alarcão, 2000; Fazenda, 2008).

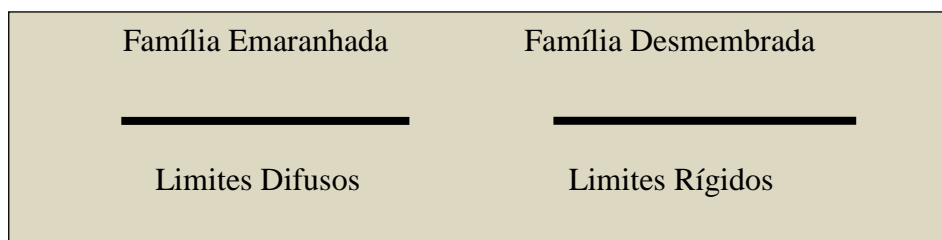


Figura 1. Tipologia Estrutural (Adaptado de Alarcão, 2000)

Minuchin (1979), apesar de definir funcionamentos extremos, alerta para o risco de se concretizarem os extremos como entidades próprias e distintas e, da sua assimilação à disfuncionalidade familiar, chamando atenção para os seguintes aspetos:

- a) Ausência de uma diferença qualitativa entre famílias funcionais e disfuncionais, considerando que todas as famílias se situam num intervalo delimitado por polos emaranhados e desmembrados;
- b) Possibilidade de se evidenciar, numa família funcional, períodos de maior emaranhamento ou de maior desmembramento, em função da etapa do ciclo vital⁴ no qual a família se encontra;
- c) Poder existir na mesma família diferentes tipos de limites entre os vários subsistemas ou elementos;
- d) Necessidade de situar a família no contexto cultural no qual está inserida e, na sua história familiar, para a avaliação do grau de emaranhamento ou de desmembramento.

⁴ Ciclo Vital: conceito que expressa e integra uma perspetiva desenvolvimentista, reportando-se ao conjunto de etapas que uma unidade familiar concretiza ao longo do seu percurso, isto é; desde que é constituída até ao seu desaparecimento. Compreende fatores como a dinâmica interna do sistema, os aspetos e características individuais, bem como, as interações que decorrem das relações com os contextos em que a família se insere (sociedade e os seus subsistemas) (Relvas, 1996; Alarcão, 2006).

Tendo subjacente o pressuposto, que cada um dos sistemas está em permanente interação com os restantes, a família deverá ser perspectivada como um sistema aberto, beneficiando, portanto, das mesmas propriedades (Alarcão, 2006):

- a) Totalidade: o funcionamento da família é algo mais do que a soma das partes individuais dos elementos que a constituem, pelo que tem sentido observar a interação existente entre eles e analisar a família como um todo, sistema aberto e complexo que forma a totalidade com padrões de interação mais circulares do que lineares. Daqui se compreende que os acontecimentos de ida relacionam-se por meio de ciclos repetitivos, que se influenciam mutuamente;
- b) Auto-organização: esta propriedade confere ao sistema a capacidade de decisão e autonomia, pelo que permite-lhe modificar a sua estrutura de forma espontânea, de forma a desenvolver condições que beneficiem a sua sobrevivência, ou de permanecer idêntico;
- c) Equifinalidade: considerando o facto de que as interações familiares, e a sua evolução ao longo do ciclo vital, são essenciais para o processo que se organiza em prol de um objetivo, este pode ser alcançado mediante condições iniciais diferentes ou processos diferentes, isto é; mediante circunstâncias idênticas podemos verificar resultados diferentes e vice-versa;
- d) Retroação: considera necessário que para a compreensão do que acontece com um dos elementos do sistema familiar, deve ser realizada uma leitura circular das interações. Assim cada comportamento deve ser analisado em função de um conjunto complexo de implicações, ações e retroações que o liga aos restantes. Deste modo, podemos inferir que o comportamento de um elemento por si só não é suficiente para justificar o comportamento do outro e vice-versa. Por norma, distinguem-se dois tipos de retroação: a positiva e a negativa, porém nenhuma detém mais-valia do que a outra, pois será a utilização que o sistema familiar em função dos seus objetivos que irá determinar a sua qualificação;

- e) Retroação negativa: mecanismo de autorregulação, que confere estabilidade do sistema, por meio de mudanças de primeira ordem⁵. Com efeito, as mudanças que decorrem deste mecanismo são apenas de natureza quantitativa;
- f) Retroação positiva: é um mecanismo de autorregulação relacionado com as mudanças de segunda ordem⁶. Estas mudanças, por sua vez, são de natureza qualitativa e proporcionam a evolução e a criatividade possibilitando alcançar um nível superior de complexidade;
- g) Princípio hologramático: defende a possibilidade de fazer terapia familiar apenas com um indivíduo que compõe o sistema familiar, o que pode ajudar o próprio indivíduo a perceber o que de si está no todo (sistema) e, o que do todo está em si;
- h) Homeostasia: a família enquanto sistema aberto, é vulnerável às perturbações de natureza interna e externa, pelo que reage às mesmas de forma a reestabelecer o seu equilíbrio por meio de mecanismos reguladores. Por outras palavras podemos dizer que, a família ativa os seus mecanismos homeostáticos, para manter a sua identidade e permanência ao longo dos tempos.

2.3. Modelos de funcionamento familiar – Modelo Circumplexo dos Sistemas Familiares

O funcionamento familiar, de acordo com Lee e colaboradores (2002), representa um conceito complexo definido por dimensões funcionais que compreendem os seguintes constructos:

- a) Afetivos: relações afetivas definidas entre os elementos que constituem o sistema familiar;
- b) Estruturais: relações físicas, temporais e espaciais que subsistem entre os membros da família;

⁵Mudanças de 1ª ordem: que afetam as relações entre os elementos que constituem o sistema familiar, sem que para isso seja necessário alterações da estrutura do sistema familiar (Alarcão, 2006).

⁶ Mudanças de 2ª ordem: que implicam alterações de regras básicas e estrutura dos sistemas (Alarcão, 2006).

c) Controlo: capacidade do sistema familiar manter a sua autonomia e equilíbrio aquando a integração de regras e valores;

d) Cognitivos: competência para a resolução de problemas, identificação das necessidades dos elementos da família e lidar com situações problemáticas.

Existem diversos modelos do funcionamento familiar que, independentemente da forma como avaliam as dimensões consideradas pelos respetivos autores, procuram caracterizar os diferentes tipos de família (Relvas, 1999). Porém, apenas iremos descrever o Modelo Circumplexo dos Sistemas Familiares e Conjugais⁷, uma vez que este tem sido muito utilizado para fins clínicos, terapêuticos e tem servido como fundamentação teórica em diversos estudos de investigação, e foi de facto, também, esta a opção teórica do presente trabalho (Olson, 1993,1996).

Olson, Porter e Lavee, em 1979, desenvolveram o Modelo Circumplexo dos Sistemas Familiares e Conjugais, visando colmatar as falhas existentes entre a prática, a teoria e a investigação (Olson, Russel & Sprenkle, 1989). Este modelo é particularmente utilizado para a realização de diagnósticos relacionais, dado que integra três dimensões (coesão, adaptabilidade e comunicação), consideradas de extrema relevância em diversos modelos teóricos familiares e diferentes abordagens de terapia familiar (Olson, 1993,1996).

As referidas dimensões resultam da revisão da literatura acerca dos conceitos usados por diversos autores na descrição da dinâmica familiar e conjugal (cf. Quadro 1) (Olson, 1999; Olson, 2000)

⁷ Este modelo está na base de construção da FACES-III, escala utilizada na parte empírica do presente trabalho.

Quadro 1.

Modelos teóricos que usam as dimensões coesão, adaptabilidade e comunicação (traduzido e adaptado de Olson, 1999; Olson, 2000; Olson & Gorral, 2003).

	Coesão	Adaptabilidade	Comunicação
Parsons & Bales (1955)	Papel Expressivo	Papel Instrumental	—
French & Guidera (1974)	—	Capacidade de Mudança Poder	—
Kantor & Lehr (1975)	Afeto	Poder	—
Benjamin (1977)	Afiliação	Interdependência	—
Reiss (1981)	Coordenação	Fecho	—
Epstein et. al (1983)	Envolvimento Afetivo	Controlo do Comportamento Regras de Solução de Problemas	Comunicação Afetiva e Sensibilidade
Leff & Vaughn (1985)	Distância	Resolução de Problemas	—
Beavers & Hampton (1990)	Centrípeta Centrifuga	Adaptabilidade	Afeto
Gottman (1994)	Validação	Contrasting	—

A dimensão coesão familiar, diz respeito à ligação emocional que existe entre os elementos que constituem o sistema familiar. Esta dimensão compreende variáveis como: o vínculo emocional, o envolvimento afetivo, o relacionamento conjugal e familiar, o relacionamento entre pais e filhos, os limites internos e externos do sistema familiar, o tempo, o espaço, a tomada de decisão, os amigos, os interesses e as atividades da família (Olson, Portner & Lavee 1985; Olson, 1999; Olson, 2000).

A dimensão coesão familiar permite-nos distinguir quatro tipos de famílias (Olson, 1999; 2000):

- a) Famílias Desmembradas (nível de coesão muito baixo): caracterizadas por uma grande separação emocional, verificando-se pouca interação entre os elementos que constituem o sistema familiar, os interesses são individuais e independentes da família

- b) Desligadas (nível de coesão baixo a moderado): caracterizadas por uma menor separação emocional do que as descritas anteriormente, porém os seus elementos propendem a ser mais independentes do que dependentes ;
- c) Enredadas (nível de coesão moderado a alto): caracterizadas pelo facto dos seus elementos partilharem sentimentos e decisões porém, a liberdade de escolha e as decisões de cada um são respeitadas;
- d) Muito enredado (nível de coesão muito alto): caracterizadas pelo facto de quase não ser possível fazer uma distinção entre os seus elementos. São pautadas pela ausência de privacidade, as decisões são tomadas em conjunto, não existindo portanto liberdade individual de escolha.

Considerando tais elementos podemos dizer que os altos níveis de coesão familiar estão associados à pouca independência manifestada entre os elementos do sistema familiar e às dificuldades de individualização dos mesmos. Por sua vez, os baixos níveis de coesão estão associados a altos níveis de autonomia dos elementos que constituem o sistema familiar e à pouca vinculação ao sistema familiar. Deste modo, torna-se compreensível que os níveis centrais são mais adequados, considerando a habilidade de, simultaneamente, ser independente e permanecer ligado à família (Olson, 1999; 2000).

De acordo com o Modelo Circumplexo podemos referir que os níveis mais elevados de coesão, bem como os níveis mais baixos revelam maior predisposição para problemas individuais ou para relações de longo prazo. Por sua vez, nas relações onde os níveis de coesão são moderados, revelam-se mais capazes de estabelecerem o equilíbrio entre o estarem sozinhos e estarem juntos. Todavia, não existe um nível ideal, pois se alguma relação for sustentada por um dos extremos durante muito tempo, terão certamente problemas (Olson, 1999; 2000).

A dimensão adaptabilidade familiar é definida como a capacidade do sistema familiar mudar a estrutura de poder, os papéis relacionais e as regras de funcionamento na presença de situações geradoras de *stress* situacional ou desenvolvimental. Esta dimensão compreende o tipo de liderança, a disciplina, os tipos de negociação, os papeis e as regras (Olson, 1999; 2000; Olson, Portner & Lavee 1985).

Na adaptabilidade familiar é, de igual modo, possível identificar quatro tipos de família (Olson, 1999; 2000):

- a) Família Rígidas (níveis de adaptabilidade muito baixos): caracterizadas pelo autoritarismo, controlo, negociações muito limitadas, onde as regras vigentes são pouco claras apesar de terem de ser cumpridas e a disciplina é rígida. Importa referir que, neste tipo de famílias não há lugar para mudanças ou alterações;
- b) Famílias Estruturadas (níveis de adaptabilidade baixo a moderado): caracterizadas por evidenciarem pouca liderança partilhada, disciplina democrática e demonstrarem capacidade para mudar;
- c) Famílias Flexíveis (níveis de adaptabilidade moderados a alto): caracterizadas por revelarem uma liderança partilhada, disciplina democrática e demonstrarem capacidades de mudança quando necessário;
- d) Famílias Caóticas (níveis de adaptabilidade muito elevados): caracterizadas por evidenciarem pouca disciplina, regras pouco claras que variam com frequência, ausência de liderança e decisões irrefletidas.

No que diz respeito à adaptabilidade, podemos referir que existe uma associação entre os níveis mais baixos e a capacidade de resistência à mudança do sistema familiar, verificando-se pouca capacidade de adaptação face às circunstâncias. Por outro lado, os níveis mais elevados caracterizam-se por uma grande capacidade de adaptação o que promove o crescimento e desenvolvimento do sistema. Importa referir que os níveis moderados possibilitam que o sistema familiar mude apenas quando necessário (Olson, 1999).

O Modelo Circumplexo engloba, ainda, a comunicação (terceira dimensão), concebida como facilitadora do movimento entre a coesão e adaptabilidade, pelo que não é representada graficamente (Olson, 1999; 2000; Olson & Gorall, 2003; Olson, Portner & Lavee 1985). Esta dimensão é medida por competências de comunicação, tais como escuta ativa, empatia, clareza, partilha mútua de sentimentos. Olson (2000) refere que

famílias equilibradas promovem uma excelente comunicação enquanto famílias desequilibradas se caracterizam por uma comunicação pobre.

A combinação entre os quatros níveis de cada dimensão, coesão e adaptabilidade, permitem distinguir dezasseis tipos de famílias, segundo uma matriz bidimensional, como podemos verificar na Figura 1. Cada um dos tipos de família, foi posteriormente reagrupados em três tipos (Olson, 1985):

As famílias equilibradas: são caracterizadas por exibirem níveis equilibrados nas duas dimensões pelo que, correspondem aos tipos desligado flexível, enredado flexível, desligado estruturado e enredado estruturado;

As famílias médias: são caracterizadas por apresentarem dois níveis equilibrados numa das dimensões mas por outro lado a apresentam níveis extremos na outra, pelo que correspondem aos tipos desligado muito flexível, enredado muito flexível, desmembrado flexível, muito enredado flexível, desmembrado estruturado, muito enredado estruturado, desligado rígido e enredado rígido;

As famílias extremas: são caracterizadas por apresentarem níveis extremos nas duas dimensões, pelo que correspondem aos tipos desmembrado muito flexível, muito enredado muito flexível, desmembrado rígido e muito enredado rígido.

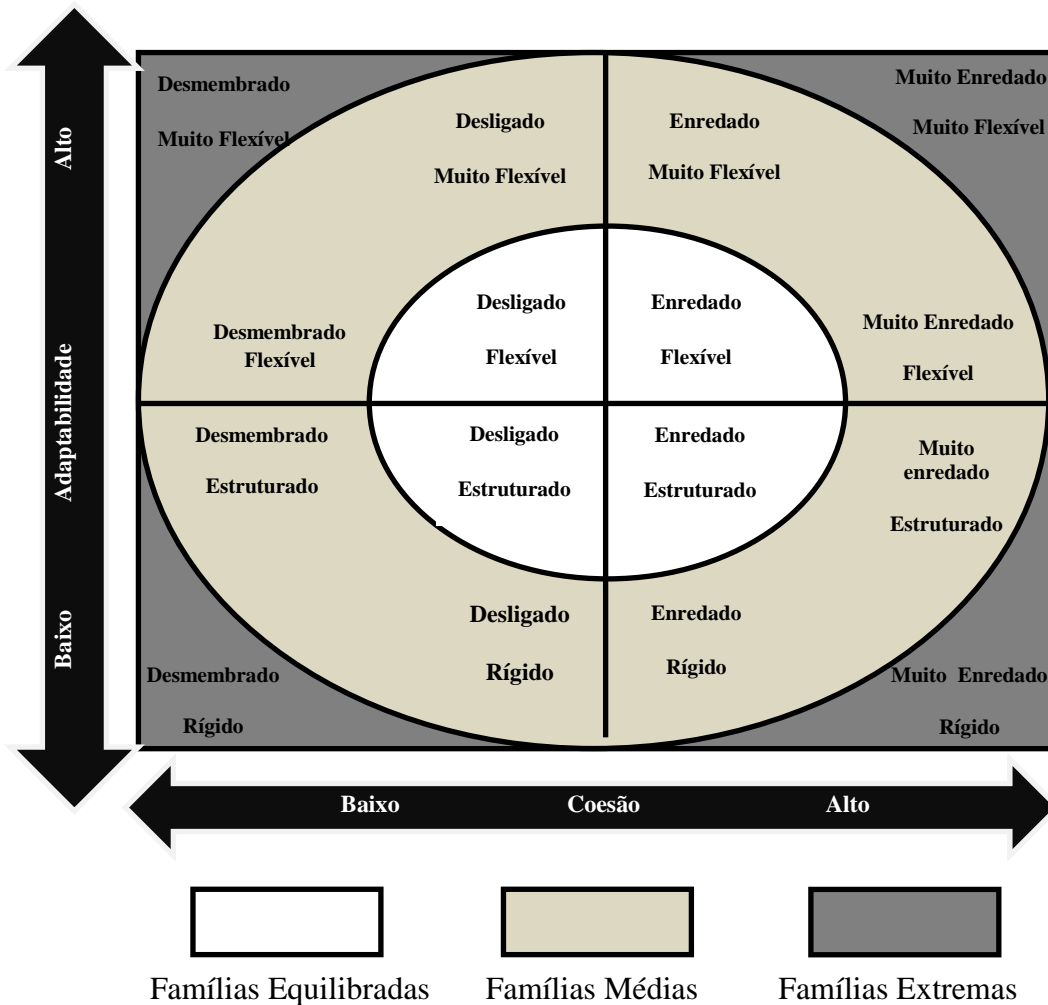


Figura 2. Modelo Circumplexo: Tipos de Famílias (Traduzido e adaptado de Olson, 1999; 2000; Olson & Gorral, 2003; Olson, Portner & Lavee 1985)

Baseado no Modelo Circumplexo, emergem as seguintes hipóteses:

- Famílias Equilibradas por norma revelam um funcionamento mais adequado do que as Famílias Desequilibradas, isto é, as famílias equilibradas em ambas as dimensões (coesão e adaptabilidade) funcionam de forma mais adequada relativamente aquelas que se situam nos extremos de qualquer uma destas dimensões. Porém os comportamentos- extremos, em ambas dimensões, podem ser adequados em determinados fases do ciclo de vida ou perante situações geradoras de stress, todavia pode ser problemático se as famílias se mantiverem nesses extremos (Olson, 1999; 2000; Olson & Gorall, 2003).*
- Se as expectativas familiares se apoiarem em padrões mais extremos, as famílias funcionaram de um modo mais adequado desde que todos os elementos*

funcionem no mesmo sentido. Ou seja, se as expectativas familiares permitirem a manifestações de comportamentos extremos, em qualquer uma das dimensões, o funcionamento será tanto melhor quanto mais satisfeitos estiverem todos os elementos com essas expectativas. Importa referir, que o Modelo Circumplexo é sensível a questões étnicas e culturais, pelo que depreendemos que, famílias desequilibradas não são necessariamente disfuncionais, particularmente se a família pertencer a um determinado grupo étnico ou religiosos, nos quais a norma esta associada a comportamentos extremos das referidas dimensões (Olson, 1999; 2000; Olson & Gorall, 2003).

- c) *As famílias equilibradas são caracterizadas por terem maior predisposição a desenvolverem competências de comunicação mais positivas, do que as famílias extremas.* Assim podemos dizer que as competências de comunicação positivas permitem ao sistema familiar manter o equilíbrio entre a dimensão coesão e adaptabilidade. Por outro lado, competências de comunicação deficitárias impedem o movimento dos sistemas desequilibrados e aumenta a probabilidade desses mesmos sistemas se manterem em níveis extremos (Olson, 1999; 2000; Olson & Gorall, 2003).
- d) *É esperado que os sistemas familiares mudem em resposta a situações de crise (situações geradoras de stress e necessidades de desenvolvimento).* O Modelo Circumplexo sugere que as famílias equilibradas teriam mais recursos e competências para mudar o seu sistema de um modo mais adequado de forma a gerir a crise como uma oportunidade de crescimento. Por outro lado, sugere, que as famílias desequilibradas não dispõem de recursos necessários para mudarem, portanto terão mais dificuldades para se adaptarem às crises. As famílias equilibradas são melhores, na medida em que são capazes de alterar o seu sistema para se adaptar à crise familiar (Olson, 1999; 2000; Olson & Gorall, 2003).

2.4. Síntese

A família representa uma unidade de organização social que tem vindo a sofrer alterações ao longo da história e do local, circunstâncias e estágio do ciclo vital (Carter & Murdock, 2001). Deste modo, constatamos que o conceito de família não é unívoco, na medida em que existem múltiplas definições para todas as épocas e culturas (Gimeno, 2003).

Podendo ser interpretada por diversas perspetivas, encaramos a família sob o ponto de vista sistémico que a interpreta como um conjunto de elementos que se encontram vinculados por relações, que preservam uma relação continua com o exterior, garantindo o seu equilíbrio ao longo do processo de desenvolvimento que compreende diferentes estádios (Sampaio & Gameiro, 2003). Deste modo, compreendemos a família como um sistema aberto beneficiando, portanto, de propriedades como a totalidade, auto-organização, equifinalidade, retroação, princípio hologramático e homeostasia (Alarcão, 2006).

O funcionamento familiar é definido por dimensões funcionais que integram constructos afetivos, estruturais, controlo e cognitivos. Embora existam diferentes modelos explicativos do funcionamento familiar, versamos apenas o Modelo Circumplexo dos Sistemas Familiares e Conjugais, na medida em que foi esta a opção teórica deste trabalho (Olson, 1993,1996)

Capítulo III – Binómio Família – Doença Mental

3.1. Doença Mental como um momento de Crise

A família encontra-se exposta a pressões de natureza interna e externa. As pressões de natureza interna refletem as mudanças associadas ao desenvolvimento individual de cada um dos elementos que a constitui e dos seus subsistemas. Por sua vez, as pressões externas dizem respeito ao produto das exigências de adaptação dos mesmos às instituições sociais que sobre eles têm influência. Contudo, apesar das diferenças descritas, ambas induzem o sistema a transformações ao nível dos seus padrões transacionais, assegurando que o sistema continue o seu processo evolutivo, salvaguardando a sua identidade e continuidade (Alarcão, 2006).

Minuchin (1979), tipificou as fontes de *stress*, identificando quatro situações:

- a) Contacto de um elemento da família com uma fonte de *stress* extra-familiar: diz respeito ao momento no qual um elemento da família se encontra perante uma situação de *stress*, os restantes elementos sentem de igual modo essa mesma pressão pelo que, emerge a necessidade de acionar mudanças no sentido de melhor gerir o(s) problema(s) desenvolvidos;
- b) Contacto de todos os elementos do sistema familiar com uma fonte de *stress* extra-familiar: relaciona-se com o facto de uma família perante uma situação de *stress*, poder manifestar ou não competências de apoio mútuo, implicando necessariamente, mudanças dos seus padrões de funcionamento;
- c) *Stress* associado aos períodos de transição do ciclo vital da família: está associado a transições de um processo para o outro do ciclo vital da família sendo, deste modo, esperado e normativo.
- d) *Stress* promovido por problemas particulares: ao contrário da categoria anteriormente descrita, é inesperado e não é normativo, porém podem afetar de um modo significativo a organização estrutural de um sistema familiar (eg.: doença crónica ou prolongada), facto pelo qual a família tem que reorganizar os

seus padrões transacionais de forma a responder funcionalmente ao *stress* provocado por estas situações.

Neste momento para uma melhor compreensão do *stress* familiar, consideramos pertinente introduzir o Modelo ABCX do *stress* familiar, que engloba três aspetos da vida familiar que permitem perceber o modo como a família se ajusta a alterações normativas e não normativas.

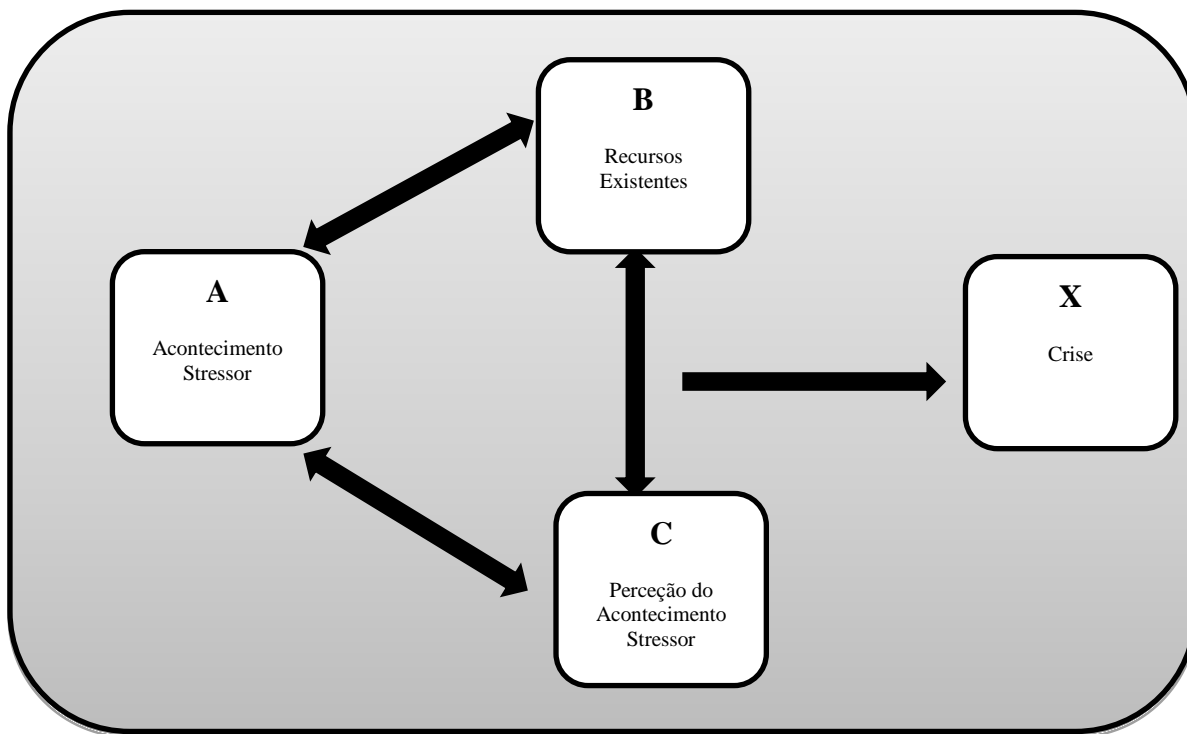


Figura 3. Modelo ABCX da crise familiar (traduzido e adaptado de McCubbin & Patterson, 1983)

Segundo Hill (1958) A corresponde ao acontecimento gerador de *stress*; B representa os recursos da família para lidar com a situação de crise, conferindo-lhe uma maior ou menor funcionalidade; C define o significado específico que esse acontecimento tem para a família e o X expressa a crise.

Tendo em linha de conta tais elementos, podemos inferir que o sistema familiar no decurso do seu ciclo de vida pode experienciar crises naturais e crises acidentais. As crises de ordem natural, dizem respeito às diferentes etapas do ciclo de vida, sendo por isso esperadas e previsíveis. Por sua vez, as crises acidentais, estão associadas a todas as

crises decorrentes das anteriormente descritas, e sucedem de um modo inesperado, motivo pelo qual normalmente são percebidas de um modo dramático. (Alarcão, 2006).

3.2. Impacto da Doença Mental na Família

A família constrói o seu percurso através de transições que, face a emergência de novos contextos exigem a mudança dos padrões familiares e respostas funcionais, para a manutenção do funcionamento efetivo do sistema. Neste sentido, a doença mental assume uma transição não normativa, que reúne a recursividade entre o ciclo vital da família, dos elementos que a constituem, bem como o ciclo da doença, o que envolve co-evolução intrínseca à complexidade que desponta da adaptação dinâmica face à imprevisibilidade. Enquanto doença crónica, o seu impacto no sistema familiar, manifesta-se por alterações em três níveis (Gongóra, 2004):

- a) Nível estrutural: alterações caracterizadas por coligações e exclusões emocionais que resultam de padrões rígidos que impossibilitam a negociação e a redefinição de papéis;
- b) Nível processual: alterações induzidas pela dificuldade em movimentar mecanismos de *coping* eficazes face à interdependência entre o ciclo individual, ciclo familiar e o ciclo da doença;
- c) Nível cognitivo-emocional: alterações que totalizam as exigências comunicacionais, isto é; que indicam a possibilidade de emergirem alterações no padrão de comunicação tornando-o disfuncional, como a elevada expressão de emoções ou o silêncio por si só.

Decorre do exposto, que a doença mental corresponde a um momento de crise, na medida em que desencadeia alterações na vida do indivíduo e da sua família, ao nível das dimensões estrutural, desenvolvimental e funcional, envolvendo a redefinição de papéis, estendendo-se às interações com os demais sistemas (Figueiredo, 2009).

Neste sentido, importa ainda referir que é ao nível da dimensão desenvolvimental que despontam os significados de doença, em função do estágio do ciclo vital familiar e que

permitem o controlo e a percepção da competência da família. Assim, a doença mental, contempla a história transgeracional associada muitas vezes a vivências de culpabilidade, autoincriminação e vitimização (Rolland, 2000).

Importa neste momento relembrar a coesão, a adaptabilidade e a comunicação abordados anteriormente, na medida em que representam elementos fundamentais para a compreensão do funcionamento familiar uma vez que reúnem as mudanças necessárias na interação e no contexto experienciado pelos membros da família de uma situação de crise. Pelo que depreendemos que o impacto da doença na família resulta da interação entre o ciclo individual e familiar com o ciclo da doença, integrando os tipos psicossociais da doença, as principais fases da história natural e as variáveis do sistema familiar (Rolland, 2000)

3.2.1. Família - convivência com a doença mental

A convivência da família com um elemento portador de doença mental compreende todo um conjunto de vivências descritas como sobrecarga familiar (*burden family*), pelo que o impacto da doença mental na família afeta um vasto conjunto de dimensões da vida familiar (Fazenda, 2008). Por outro lado, importa reconhecer o potencial de resiliência da família perante a condição inesperada e indesejada de ter um familiar portador de doença mental que lhe permite gerir o equilíbrio entre os fatores de vulnerabilidade e os fatores de *stress* (Fazenda, 2008; Marsh, 1997).

3.2.1.1. Sobrecarga familiar

O conceito de sobrecarga familiar pode ser definido, segundo Platt (1985), como produto da presença de problemas, dificuldades ou acontecimentos que se repercutem significativamente na vida dos familiares do indivíduo portador de doença mental e corresponde ao elemento de sofrimento claramente associado ao indivíduo portador de doença. A literatura conceptualiza o conceito, considerando duas dimensões: a objetiva e a subjetiva (Marsch, 1997; Platt, 1985).

A sobrecarga objetiva diz respeito às consequências materiais, isto é às consequências negativas concretas e observáveis que resultam da presença de um elemento portador de

doença mental na família, tais como perdas financeiras, perturbações na vida social e profissional dos familiares, tarefas adicionais que a família tem que desempenhar para cuidar de todos os aspetos da vida do paciente, perturbações nas relações entre os elementos que compõem o sistema familiar, emergência de comportamentos problemáticos que os familiares necessitam saber gerir, procurando evitá-los ou agir de acordo com as suas consequências (Marsch, 1997; Platt, 1985).

Por sua vez, a sobrecarga subjetiva, remete-nos para o impacto emocional, isto é, para a perceção ou avaliação pessoal do familiar sobre a situação, compreendendo as relações emocionais e os sentimentos de estar a sofrer uma sobrecarga atribuída à presença do elemento portador de doença mental. Deste modo, podemos dizer que as mudanças que decorrem do relacionamento do indivíduo portador de doença mental com os seus familiares, em consequência da doença mental, particularmente no que diz respeito à falta de reciprocidade entre eles, prejudicam a relação e tornam difícil a manutenção de sentimentos positivos, o que concorre para o aumento da sobrecarga subjetiva (Marsch, 1997; Platt, 1985).

O impacto da doença mental na família induz-nos, assim, para o facto de que todas as áreas do funcionamento familiar serem influenciadas pela presença da doença mental (Campos & Soares, 2005).

3.2.1.2. Resiliência familiar

Muitas famílias que convivem com um elemento portador de doença mental, revelam um potencial de resiliência que lhes permite responder às adversidades desta mesma condição (Marsh, 1996).

A resiliência representa as características e propriedades do sistema familiar que lhe confere resistência perante a mudança e adaptação em situações de crise (McCubbin & McCubbin, 1989).

Neste sentido, podemos dizer que a resiliência diz respeito à capacidade dos indivíduos e das famílias para fazer face aos desafios com que se deparam, interligando-se com o conceito de vulnerabilidade e poder regenerativo que envolve a capacidade do sistema

para minimizar o impacto disruptivo de uma situação de crise, através das tentativas levadas a cabo no sentido de influenciar as exigências, ao mesmo tempo que são desenvolvidos recursos para lhes fazer face (Alarcão, 2006).

De acordo com Marsh (1996) o conceito de resiliência está associado a fatores familiares, sociais e pessoais. Os fatores familiares correspondem aos vínculos afetivos precoces dos familiares, à qualidade dos vínculos familiares, o estilo de relações parentais e o tipo de emoção expressa da família. Os fatores sociais remetem para a experiência educacional dos elementos que constituem a família, nível sociocultural da família, qualidade do suporte e rede social da família. Por sua vez os fatores pessoais dizem respeito às competências sociais dos elementos que constituem a família, a personalidade, representações de si e dos outros elementos que constituem o sistema familiar.

Tendo tais elementos em linha de conta, importa referir que o sistema familiar, exhibe capacidades de resistir às contrariedades, coragem para encarar as dificuldades, tolerância em relação a comportamentos diferentes e competências de adaptação a situações complexas. Existem também competências que podem ser adquiridas (Davydov, Stewart, Karen & Chaudieu, 2010), tais como melhor forma de lidar com as crises, a identificação dos sinais de descompensação, como manter as necessidades entre os elementos que constituem o sistema familiar (Fazenda, 2008). É por meio da resiliência que o sistema se ajusta e adapta à doença mental (Walsh, 2005).

Decorre do exposto, que a resiliência familiar reduz os efeitos da sobrecarga familiar, na medida em que a família possui fortes recursos e conhecimentos que podem ser utilizados a fim de lidar com as consequências da crise (Saunders, 2003).

3.3. O papel da dinâmica familiar na emergência da doença mental

No presente momento, eleva-se a necessidade de avaliarmos o papel que a dinâmica familiar pode desempenhar na emergência da doença mental, reportando para isso às famílias sintomáticas.

Neste sentido, percebemos que o sintoma surge como uma mensagem que espelha o funcionamento do sistema familiar em que o indivíduo se insere, considerando a função de manutenção do equilíbrio homeostático do sistema familiar (Alarcão, 2006).

Ausloos (1996), refere três níveis de compreensão do sintoma: semântico (o que o sintoma indica), sintático (indica-o a quem e segundo que regras) e pragmático (com que finalidade). Neste sentido, o indivíduo passa a ser compreendido como paciente identificado (PI), isto é, como elemento do sistema familiar portador de mal-estar, de um sofrimento ou de um disfuncionamento familiar, pelo que o diagnóstico psicopatológico individual deixa de fazer sentido, privilegiando-se a avaliação relacional (Alarcão, 2006; Palazzoli, 1980; Relvas, 1999).

Deste modo, consideramos a família como o espaço relacional de excelência, elegendo-a desta forma, como o contexto de leitura do significado do sintoma, bem como contexto de mudança (Alarcão, 2006).

Em consonância com este modelo, a perspectiva sistémica não desenvolveu a nosografia familiar, adotando a designação de disfuncionamento familiar, da qual decorre a diferenciação em termos funcionais, contemplando três parâmetros de análise (hierarquia estrutural, comunicação e etapa do ciclo vital), obtendo-se dois grandes tipos de família: as funcionais (caracterizadas por retroações positivas visando a mudança) e as disfuncionais (a mudança não é percebida como uma oportunidade de crescimento, mas como uma ameaça, pelo que o sistema reage com retroações negativas, utilizando o PI para evitar a mudança e conservar o seu funcionamento) (Alarcão, 2006).

Decorrente da lógica autocorretiva, em que a disfuncionalidade se explica pelo dinamismo do sistema, importa compreender a relação entre o aparecimento do sintoma e o tipo de funcionamento da família, isto é, procurar perceber que determinadas famílias em função do seu funcionamento possibilitam a emergência e a manutenção do sintoma (Alarcão, 2006, Relvas, 1999).

Importa, então, aludir para o processo de formação e desenvolvimento do sintoma. Num primeiro instante, consideramos que o sintoma emerge perante a necessidade de preencher uma determinada função familiar, imprescindível à sua sobrevivência. Neste

sentido, o sintoma sinaliza um disfuncionamento familiar que carece de identificação e correção para, superada a necessidade interna que lhe deu origem, ele próprio poder desaparecer (Alarcão, 2006; Prigogine, 1996).

De acordo com o descrito no capítulo anterior, verificamos que o decurso do ciclo vital da família é assinalado por momentos de *stress* a par de relativa tranquilidade e satisfação, pelo que podemos inferir que as relações vão-se sustentando, os elementos crescendo e o sistema familiar desenvolvendo. Assim, muitos dos comportamentos evidenciados pelas relações familiares podem acontecer aleatoriamente ou em função de determinantes internos ou externos, sendo que um comportamento entre os demais pode produzir determinados resultados que, por norma, não produziria se o sistema familiar não estivesse perante uma situação de desequilíbrio. Deste modo, o comportamento desencadeado por um elemento do sistema familiar vai ser selecionado e privilegiado pelos restantes membros que constituem o sistema familiar, sendo posteriormente repetido e ampliado, por um lado por continuação das respostas que ocasiona, por outro porque assume um sentido particular para o seu portador e para os outros membros do sistema familiar no qual se insere. Estamos, assim, perante um mecanismo de seleção e ampliação, assinalado por retroações positivas que induzem o aumento do comportamento selecionado que se vem a tornar sintomático (Ausloos, 2003).

O comportamento selecionado e ampliado cristaliza-se, na medida em que num determinado momento representa um hábito e faz parte da vida do sujeito, através do qual o identificam no sistema familiar. Daqui decorre que não são os mecanismos homeostáticos do sistema familiar que selecionam o sintoma e o PI, mas sim um comportamento aleatório de um elemento familiar que foi selecionado e ampliado tornando-se parte integrante do funcionamento homeostático (Ausloos, 1996).

Importa, ainda, referir os eixos de leitura do sistema familiar: o eixo sincrónico (espaço familiar) e o eixo diacrónico (tempo familiar). O eixo sincrónico, corresponde ao espaço relacional, manifestando-se na estrutura do sistema familiar, nas relações entre os seus elementos, na distribuição do poder e na organização hierárquica, nas formas de comunicação, nas ligações que estabelecem com os outros elementos e na forma como estão definidos os subsistemas e entre indivíduos. Deste modo, podemos dizer que o espaço relacional corresponde ao espaço onde se desenvolvem e conservam os padrões transacionais que caracterizam o sistema familiar. Por sua vez, o eixo diacrónico diz

respeito ao tempo familiar, assinalado por acontecimentos de vida, pelas etapas características do desenvolvimento e pela história das gerações (Alarcão, 2006).

Entre o eixo sincrónico e o eixo diacrónico decorrem interações permanentes que permitem a articulação entre os diferentes contextos relacionais da vida do sistema familiar com o seu próprio desenvolvimento e com a continuidade transgeracional. Na articulação entre o espaço e o tempo, a crise emerge como uma flutuação mais ampla na mudança mais alargada e continua que revela a vida do sistema familiar, pelo que apresenta uma rutura processual e reclama por uma reestruturação relacional (Alarcão, 2006).

3.4. Síntese

Conceptualizamos a doença mental como um momento de crise, na medida em que promove alterações na vida do indivíduo e da sua família, ao nível das dimensões estrutural, desenvolvimental e funcional o que implica a redefinição de papéis, estendendo-se às interações com os demais sistemas (Figueiredo, 2009).

A convivência com a doença mental compreende todo um conjunto de vivências descritas, devendo considerar-se a sobrecarga, como produto do impacto da doença mental na família, por outro lado, importa reconhecer o potencial de resiliência da família, que lhes permite responder à adversidades desta mesma condição (Fazenda, 2008). Neste sentido, importa perceber o papel que a dinâmica familiar pode desempenhar na emergência da doença mental, reportando para isso às famílias sintomáticas, pelo que o sintoma surge como uma mensagem que reflete o funcionamento do sistema familiar em que o indivíduo se insere, considerando a função de manutenção do equilíbrio homeostático do sistema familiar (Alarcão, 2006).

Considerando a lógica autocorretiva, em que a disfuncionalidade se explica pelo dinamismo do sistema, importa compreender a relação entre o aparecimento do sintoma e o tipo de funcionamento da família, isto é, procurar perceber que determinadas famílias em função do seu funcionamento possibilitam a emergência e a manutenção do sintoma (Alarcão, 2006).

PARTE II
Estudo Empírico

Capítulo IV. Estudo Empírico

4.1. Desenho da investigação

Assumindo uma metodologia de investigação quantitativa, o presente estudo tem um desenho de investigação observacional, dado que o investigador não intervém, analítico, na medida em que procura responder à questão porque é que os sujeitos têm aquelas características, e transversal, uma vez que tenta explicar os resultados através da análise das relações entre as variáveis num único momento (Ribeiro, 1999). É também um estudo exploratório, na medida em que abraça um tema pouco estudado onde se torna difícil formular hipóteses precisas e operacionaliza-las.

As variáveis estudadas encontram-se articuladas no modelo conceptual esquematizado na Figura 4.

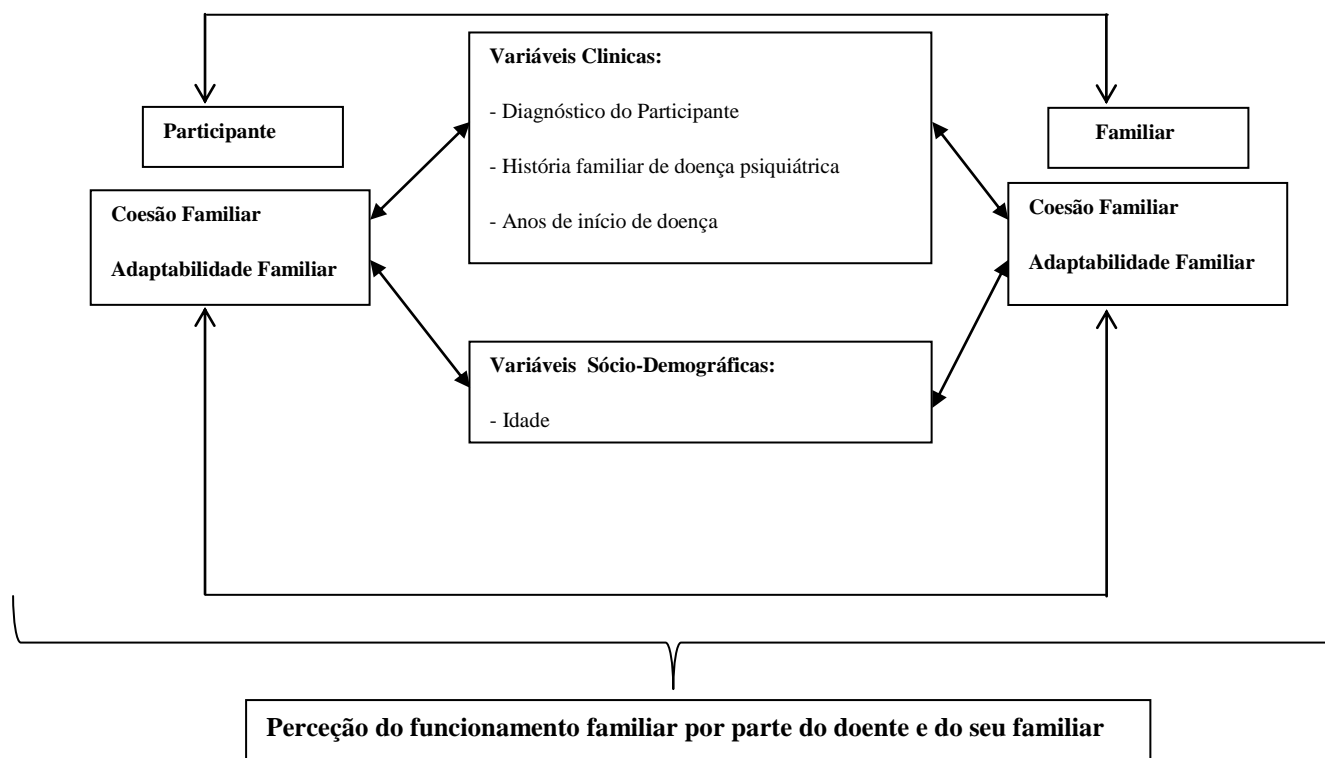


Figura 4. Modelo conceptual das relações entre as variáveis analisadas no estudo empírico

4.2. Variáveis em estudo

No presente estudo foram selecionadas como variáveis principais a coesão e a adaptabilidade do sistema familiar, sendo estas dimensões primárias do Modelo Circumplexo. Como variáveis subsidiárias foram selecionados dois tipos de variáveis, nomeadamente; as sociodemográficas (idade) e as clínicas (ano de início de doença, história familiar de doença psiquiátrica e diagnóstico do participante).

4.3. Objetivos

4.3.1. Objetivo geral

O objetivo geral pretende conhecer as perceções do funcionamento familiar por parte de indivíduos utentes de serviços de Psicologia e Psiquiatria e por parte dos seus familiares e perceber de que forma essas perceções se relacionam entre si.

4.3.2. Objetivos secundários

- a) Conhecer e comparar a adaptabilidade, a coesão e a insatisfação familiar dos participantes e dos seus familiares em função da existência de perturbação emocional nos participantes.
- b) Conhecer e comparar a adaptabilidade, a coesão e a insatisfação familiar dos participantes e dos seus familiares em função da existência de história familiar de doença psiquiátrica;
- c) Conhecer e comparar a adaptabilidade, a coesão e a insatisfação familiar dos participantes e dos seus familiares em função do ano de início de doença dos participantes.
- d) Conhecer e comparar a adaptabilidade, a coesão e a insatisfação familiar dos participantes e dos seus familiares em função da idade dos respondentes;

4.4. Procedimento

Para a realização do presente estudo, num primeiro momento, foi pedida autorização ao Diretor do Hospital São João, EPE ao Diretor do Serviço de Psiquiatria e ao Presidente da Comissão de Ética do mesmo Hospital, porque o estudo se iniciou ainda durante o período de estágio (Anexo I). De igual modo, foi solicitado a autorização formal aos autores das versões portuguesas dos instrumentos BSI (Canavarro, 1999) (Anexo II) e FACES III (Curral et al, 1999) (Anexo III).

Porém, atendendo ao facto de número de dados recolhidos se revelar insuficiente, porque o estudo se iniciou ainda durante o período de estágio, que teve lugar no Hospital S. João, EPE considerando a morte experimental verificada, por não respostas dos familiares, foi sentida a necessidade de alargar a recolha a outras instituições. Neste sentido, foi pedida a autorização à Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa, tendo esta sido concedida (Anexo IV).

Após autorização da Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa procedeu-se ao contacto e pedido formal para recolha de dados nas seguintes instituições:

- a) Clínica Pedagógica de Psicologia da Universidade Fernando Pessoa, Hospital Pedro Hispano (CPP) (Anexo V),
- b) Hospital Pedro Hispano (HPH) (Anexo VI);
- c) Comunidade de Inserção Social de Esposende – Associação Esposende Solidário (CISE) (Anexo VII),
- d) Unidade Paul Adam Mckay – Unidade de Cuidados Continuados Piloto na Área da Saúde Mental, da Associação dos Familiares da Casa de Saúde de S. João de Deus de Barcelos;
- e) Centro Comunitário da Ponte da Anta;
- f) Gabinete de Ação Social da Câmara Municipal de Esposende.

Os critérios de inclusão na amostra obedeceram aos seguintes aspetos: todos aqueles que se encontram a ter acompanhamento psicológico e que após terem sido informados acerca dos objetivos e do procedimento da investigação, bem como, do carácter confidencial e anónimo da mesma (Anexo XVI), aceitaram participar (Anexo XVII).

Apenas foram considerados como válidos os protocolos compostos pela díade Participante-Familiar.

Foi salientado, que a participação era voluntária, existindo desta forma a possibilidade de recusar ou desistir a qualquer momento, sem qualquer tipo de consequência para os mesmos. A recolha de dados foi apenas realizada após o seu consentimento livre e esclarecido, obtido por escrito, para a participação na investigação.

A administração do protocolo de investigação foi individual, de auto-preenchimento, e numa única sessão, na presença da investigadora para que, desta forma, fosse possível o esclarecimento de dúvidas. O preenchimento do protocolo teve uma duração aproximada de 15/20 minutos. O familiar do participante foi convidado a preencher os instrumentos fora do espaço da consulta e a enviá-los posteriormente para o investigador.

No que respeita à ordem de administração do protocolo de investigação foi preenchido primeiramente o consentimento informado, de seguida foi administrado o Questionário Clínico e Sócio-Demográfico, seguido do BSI (Canavarro,1999) e, por último da FACES-III (Curral et al, 1999).

A recolha de dados decorreu entre os meses de setembro de 2011 e junho de 2012.

O processamento e a análise estatística dos dados obtidos foi efetuado com recurso ao *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 19, tendo os dados sido codificados de forma a não ser possível identificar os participantes, sendo estes sempre analisados em grupo e nunca individualmente.

Com vista à caracterização sociodemográfica e clínica da amostra recorreu-se à estatística descritiva (frequências, médias e desvios padrão). A estatística correlacional e diferencial foi usada para a concretização dos objetivos propostos para a presente investigação. Numa primeira fase levamos a cabo o teste Shapiro-Wilk para verificar se as variáveis quantitativas apresentavam distribuição normal, pressuposto para a utilização de testes paramétricos. No entanto, estes testes são robustos à violação do pressuposto da normalidade desde que as amostras não sejam extremamente pequenas

($N \geq 30$) (Pestana e Gageiro, 2005). Sendo assim, sempre que o teste de Shapiro-Wilk não evidenciou distribuição normal das variáveis em estudo e os grupos eram constituídos por um número inferior a 30 sujeitos, para além dos testes paramétricos foram realizados testes não paramétricos. Tendo em conta que ambos os tipos de testes conduziram ao mesmo resultado optámos por apresentar sempre aqueles obtidos pelos testes paramétricos e remetemos para anexo os obtidos através dos não paramétricos.

No que diz respeito aos testes para comparação de médias, utilizamos o teste *t-student* para duas amostras independentes (e teste Mann-Whitney como alternativa não paramétrica), a ANOVA com teste post-hoc de Tukey para mais de duas amostras independentes (e teste Kruskal-Wallis como alternativa não paramétrica) e o teste *t-student* para amostras emparelhadas. Para avaliar a associação de variáveis quantitativas recorremos ao coeficiente de correlação de Pearson (Pestana & Gageiro, 2005).

É de referir ainda que o nível de significância para todos os testes estatísticos foi de 0.05, uma vez que é o mais usual nas ciências humanas, sociais e de saúde.

4.5. Material

A avaliação foi realizada através de um questionário clínico e sócio-demográfico, bem como, pela administração da “Escala de Avaliação da Coesão e da Adaptabilidade Familiares - III” (FACES-III) (Curral et al, 1999) e pelo “Inventário de Sintomas Psicopatológicos” (B.S.I.) (Canavarro, 1999).

4.5.1. Questionário clínico e sócio-demográfico

O questionário clínico e sócio-demográfico utilizado foi concebido especificamente para este estudo visando recolher informação acerca das variáveis subsidiárias – sociodemográficas e clínicas possibilitando a caracterização da população alvo. Neste sentido, o referido questionário contemplou questões tais como: idade, sexo, número de filhos, agregado familiar, história de doença psiquiátrica na família, situação laboral, fontes de rendimento, internamentos no serviço de Psiquiatria. Tendo em conta os objetivos do nosso estudo, procedemos à elaboração de duas versões do questionário clínico e sociodemográfico, uma para os participantes (Anexo XI) e outra para os seus

familiares (Anexo XII), em que a única diferença diz respeito à introdução da questão (Qual o seu grau de parentesco), nos questionários dirigidos aos familiares.

4.5.2. “Escala de Avaliação da Coesão e Adaptabilidade Familiares” (FACES - III)

A FACES (*Family Adaptability and Cohesion Scale*), foi desenvolvida por Olson e colaboradores (1979), com o intento de avaliar as duas dimensões funcionais do Modelo Circumplexo, coesão e adaptabilidade familiar. Esta é uma escala constituída inicialmente por 111 itens, que contou com uma amostra de 210 famílias constituídas por mãe-pai e um adolescente (Olson, Portner & Lavee, 1985).

Perspetivando aperfeiçoar alguns dos aspetos da versão anterior, em 1982, foi desenvolvida a FACES II. Esta versão tem por objetivo delinear um instrumento mais exíguo, com itens simplificados prevendo a possibilidade de administrar a crianças e a indivíduos com dificuldades de leitura. Por outro lado, esta escala foi concebida para reduzir o número de duplas negativas e prover cinco possibilidades de resposta. De igual modo, pretende eliminar a escala de autonomia/independência, uma vez que esta deixou de fazer parte do Modelo Circumplexo. Por fim, mas não de menor importância, esta versão tem por objetivo aumentar a fidelidade, a validade e a independência entre as dimensões. Deste modo, a FACES II, foi reduzida a 50 itens e, posteriormente, a 30 itens, sendo que nesta versão as dimensões coesão e adaptabilidade se encontram altamente relacionadas com uma com a outra, bem como com a desejabilidade social e com a satisfação conjugal e familiar (Olson, Portner & Lavee, 1985; Olson, 1986).

Em 1985, a partir de uma amostra constituída por 2453 adultos, 1315 famílias com adolescentes e 412 jovens casais, foi desenvolvida a FACES III, apresentando um total de 20 itens, produto de uma análise fatorial realizada aos 30 itens que constituíam a versão anterior (Olson, Portner & Lavee, 1985).

Os 20 itens que constituem a FACES III, foram concebidos para serem administrados duas vezes, possibilitando primeiramente avaliar a forma como os indivíduos percebem o seu sistema familiar (dimensão percebida) e posteriormente o modo como gostariam que a sua família fosse (dimensão ideal) (Olson, Portner & Lavee, 1985). Curral et al.

(1999), traduziram e adaptaram a escala para a população portuguesa (Anexo XIII)(Curral et al, 1999; Ribeiro, 2007).

Esta escala é de fácil aplicação e pode ser administrada individualmente, a casais, ou a todos os membros da família. É solicitado aos indivíduos que leiam cada um dos itens e decidam qual a sua frequência, tendo em conta uma escala do tipo *Likert*, pontuada de um a cinco: “1- Quase Nunca”, “2- Uma vez por outra”, “3- Algumas vezes”, “4- Frequentemente” e “5 – Quase Sempre” (Olson, Portner & Lavee, 1985).

Em cada uma das partes (percebida e ideal) da FACES III, a dimensão coesão é obtida somando as pontuações nos dez itens com numeração ímpar e a dimensão adaptabilidade é obtida somando as pontuações respetivas aos dez itens com numeração par. Os resultados procedentes de cada uma das dimensões e de cada parte da escala possibilitam fazer a classificação do tipo de família no qual o indivíduo se insere, de acordo com o Modelo Circumplexo (Olson et al, 1985).

Coesão			Adaptabilidade			Tipo Familiar	
8	50	Muito Enredado	8	50	Muito Flexível	8	Equilibrada
	48			41		7	
7	47	Enredado	7	40	Flexível	6	Moderadamente Equilibrada
	46			30		5	
6	45		6	29	Flexível	4	Nível Médio
	43			27		3	
5	42	Desligado	5	26	Estruturado	2	Extremas
	41			25		1	
4	40		4	24			
	38			23			
3	37		3	22			
	35			20			
2	34	Desmembrado	2	19	Rígido		
	25			15			
1	24		1	14			
	10			10			

Figura 5. Cotação linear da FACES III (adaptado de Farate, 2000)

Para além dos resultados obtidos estarem suscetíveis de serem localizados no esquema do Modelo Circumplexo, permitindo caracterizar o tipo de família a que os participantes pertencem, também permitem a avaliar o grau de satisfação destes no que respeita ao

funcionamento do seu sistema familiar. Assim, através da discrepância entre os valores obtidos correspondente ao funcionamento familiar percebido e ideal de cada indivíduo, obtemos o grau de satisfação familiar. O grau de satisfação, é definido pelo índice de insatisfação, que permite determinar o grau de concordância entre os níveis de coesão familiar e adaptabilidade familiar na dimensão percebida e ideal.

$$ii = \sqrt{[(ic-ip)^2 + (ia - pa)^2]}$$

ii = índice de insatisfação;

ic = índice de coesão ideal; pc = índice de coesão percebida

ia = índice de adaptabilidade ideal; pa = índice de adaptabilidade percebida

Figura 6: Cálculo do índice de insatisfação

Os resultados obtidos por meio desta expressão estão inversamente relacionados, na medida em que quanto maior for a discrepância observada entre as dimensões, menor será o grau de satisfação familiar (Olson, Portner & Lavee, 1985).

A satisfação familiar constitui uma variável de análise adicional, que no domínio clínico pode ser útil, na medida em que a dimensão percebida corresponde à percepção individual do elemento que constitui o sistema familiar, enquanto que a dimensão ideal permite perceber a direção da mudança que o indivíduo deseja. Deste modo, é possível elaborar estratégias terapêuticas mais adequadas aos desejos do elemento avaliado (Olson, Portner & Lavee, 1985).

Tendo em linha de conta, a validação da escala para a população portuguesa, verificamos uma boa consistência interna na subescala da coesão ($\alpha = 0.80$) e na subescala da adaptabilidade ($\alpha = 0.62$). Segundo Curral e colaboradores (1999), a subescala coesão apresenta maior consistência interna, como noutros estudos internacionais, mesmo com FACES I e II. O valor do coeficiente de correlação entre as duas variáveis (coesão e adaptabilidade percebida) situou-se em 0.39 (Curral *et al*, 1999).

No que respeita à análise fatorial, realizada pelos autores da versão portuguesa da FACES, verificamos que os itens se distribuíram por seis fatores, ao contrário dos dois referidos pelos autores (Curral et al, 1999; Ribeiro, 2007)

4.5.3. “Inventário de Sintomas Psicopatológicos” (BSI)

O BSI (*Brief Symptom Inventory*), foi desenvolvido por Derogatis (1982), com o propósito de fazer face à desvantagem do SCL-90-R, no que respeita à extensão do número de itens (90 itens) sendo que esta implicaria a necessidade de um tempo de preenchimento maior constituindo, deste modo, em algumas circunstâncias, uma limitação na sua utilização (Canavarro, 1999; Ribeiro, 2007).

Canavarro (1999), validou o instrumento para a população portuguesa (Anexo XIV), com o objetivo de avaliar a sintomatologia psicopatológica dos sujeitos. Este instrumento, pode ser administrado indiferenciadamente; aos indivíduos portadores de perturbações emocionais e indivíduos da população em geral que não se encontrem perturbados emocionalmente, permitindo distinguir dois grupos de indivíduos. De igual modo, pode ser administrado a indivíduos com 13 anos ou mais, salvaguardando-se a necessidade da presença de um técnico para esclarecer eventuais dúvidas que possam surgir. (Canavarro, 1999; Ribeiro, 2007).

Assumindo como linha de raciocínio o critério mencionado, justifica-se a pertinência da utilização deste instrumento neste estudo, uma vez que se pretende avaliar dois grupos distintos), perspetivando-se uma colaboração abonatória no âmbito da discriminação da saúde mental.

O BSI, é um inventário de auto-resposta que inclui 53 itens, nos quais o indivíduo deverá classificar o grau em que cada um dos problemas apresentados o afetou durante a última semana numa escala de tipo Likert, sendo que a possibilidade de resposta poderá variar entre Nunca (0) a Muitíssimas Vezes (4). O tempo de resposta varia entre os 8 e os 10 minutos, quando em circunstâncias normais (Canavarro, 1999).

Os sintomas psicopatológicos são avaliados em nove dimensões de sintomatologia (Somatização, Obsessões-Compulsões, Sensibilidade Interpessoal, Depressão,

Ansiedade, Hostilidade, Ansiedade Fóbica, Ideação Paranoide e Psicoticismo) e três índices globais (Índice Geral de Sintomas - ISG, Total de Sintomas Positivos - TSP, Índice de Sintomas Positivos - ISP) (Canavarro, 1999; Ribeiro, 2007).

Os índices globais correspondem às avaliações sumárias de perturbação emocional e representam diferentes aspetos da psicopatologia. O Índice Geral de Sintomas (ISG), envolve o número de sintomas psicopatológicos e a sua intensidade, obtendo-se através da soma das pontuações de todos os itens, dividindo-se pelo número total de respostas; o Total de Sintomas Positivos, corresponde ao número de sintomas assinalados, isto é; obtém-se por meio da contagem do número de itens assinalados com uma resposta positiva (maior do que zero); por sua vez o Índice de Sintomas Positivos reproduz a medida que combina a intensidade da sintomatologia com o número de sintomas assinalados, conseguindo-se através da divisão da soma de todos os itens (ISG) pelo (TSP) (Canavarro, 1999).

Segundo Canavarro (1999), as nove dimensões deste instrumento, são descritas da seguinte forma:

- a) Somatização (itens: 2, 7, 23, 29, 30, 33 e 37): dimensão que retrata o mal-estar resultante da perceção do funcionamento somático, isto é; compreende queixas centradas nos sistemas cardiovasculares, gastrointestinal, respiratório ou qualquer outro sistema com clara medição autonómica. As dores localizadas na musculatura e outros equivalentes somáticos da ansiedade, são também considerados componentes da somatização.
- b) Obsessões-Compulsões (itens: 5, 15, 26, 27, 32 e 36): dimensão que abrange os sintomas com o síndrome clínico do mesmo nome, compreendendo, deste modo, as cognições, os impulsos e os comportamentos que são vivenciados como persistentes e os quais o indivíduo não consegue resistir, apesar de serem ego distónicos e de natureza indesejada.
- c) Sensibilidade Interpessoal (itens: 20, 21, 22 e 42): esta dimensão agrupa os sentimentos de inadequação pessoal e inferioridade, em particular em comparação com os outros. São manifestações características desta dimensão, a

auto-depreciação, a hesitação, o desconforto e a timidez durante as interações sociais.

- d) Depressão (itens: 9, 16, 17, 18, 35 e 50): os referidos itens espelham o grande número de indicadores de depressão clínica. Incluem-se nesta dimensão, os sintomas de afeto e de humor disfórico, perda de energia vital, falta de motivação e interesse pela vida.
- e) Ansiedade (itens: 1, 12, 19, 38, 45 e 49): esta dimensão remete para indicadores gerais dos quais são exemplo o nervosismo e tensão. De igual modo, são considerados sintomas de ansiedade generalizada e de ataques de pânico.
- f) Hostilidade (itens: 6, 13, 40, 41 e 46): dimensão que inclui pensamentos, emoções e comportamentos característicos do estado afetivo e negativo da cólera.
- g) Ansiedade Fóbica (itens: 8, 28, 31, 43 e 47): esta dimensão é explicada como a resposta de medo persistente; em relação a uma pessoa, local ou situação em particular, que sendo irracional e desproporcionado face ao estímulo, desencadeia um comportamento de evitamento. Os itens referidos, centram-se mais nas manifestações do comportamento fóbico mais patognómicas e disruptivas.
- h) Ideação Paranoide (itens: 4, 10, 24, 48 e 51): dimensão que apresenta o comportamento paranoide essencialmente como sendo um modo perturbado de funcionamento cognitivo. O pensamento projetivo, hostilidade, grandiosidade, suspeição delírios e medo de andar na rua, são percebidos num primeiro instante como reflexos desta perturbação. Importa, referir que a seleção dos itens foi realizada sob a alçada desta conceptualização.
- i) Psicoticismo (itens: 3, 14, 34, 44 e 53): esta dimensão foi concebida visando representar este constructo como uma dimensão contínua da experiência humana. Inclui itens que representantes do estilo de vida esquizoide e do isolamento, bem como, sintomas primários de esquizofrenia como alucinações e

controlo de pensamento. Esta escala, aprovisiona um contínuo graduado desde o isolamento interpessoal ligeiro à evidência dramática da psicose.

Apesar dos restantes itens (11, 25, 39 e 52) contribuírem com algum peso nas dimensões descritas anteriormente, não pertencem a nenhuma delas de um modo único e particular, contudo a sua relevância clínica é fundamental para a pontuação dos 3 índices globais (Canavarro, 1999).

Os itens que constituem as nove dimensões avaliadas por meio deste instrumento, integram, no seu conjunto importantes elementos de avaliação da Psicopatologia, dado que são considerados pelos Manuais de Classificação Diagnostica mais utilizadas CID-10 e DSM-IV (Canavarro, 1999; Ribeiro, 2007).

Considerando os estudos psicométricos realizados na versão Portuguesa (Canavarro, 1999), verificamos que a escala apresenta níveis apropriados de consistência interna para nove escalas, com valores alfa entre 0,621 (Psicoticismo) e 0,797 (Somatização e coeficientes de teste-reteste entre 0,63 (Ideação Paranoide) e 0,81 (Depressão) (Canavarro, 1999). De igual modo, a validade deste inventário foi comprovada através de correlações de Spearman entre as nove dimensões se sintomatologia e das três notas globais, considerando todas as correlações significativas para um $p < 0,001$ (Canavarro, 1999).

Por sua vez, a validade discriminativa do BSI foi também assegurada para a globalidade do inventário e para os três índices gerais, sendo todos os F altamente significativos. O ponto de corte determinado para discriminar sujeitos emocionalmente perturbados, de sujeitos da população em geral, apoiado na princípio de Fisher, resultou num valor de 1,7. Assim sendo, como um resultado no BSI igual ou superior a esse valor, é provável encontrar pessoas emocionalmente perturbadas, abaixo desse valor, encontram-se pessoas da população em geral (Canavarro, 1999).

4.6. Caracterização da amostra

A amostra do presente estudo foi constituída por 62 participantes e respetivos familiares (um total de 124 respondentes) residentes em diversos concelhos dos distritos do Porto, Braga e Aveiro (Anexo XV).

Quadro 2.

Caracterização dos participantes em função das variáveis sociodemográficas.

Participantes (N=62)		
	<i>n</i>	%
Sexo		
Feminino	48	77,4
Masculino	14	22,6
Idade		
13 - 30	13	21,0
31 - 50	30	48,4
> 50	19	30,6
Estado Civil		
Casado	27	43,5
Divorciado/Separado	11	17,7
Solteiro	20	32,3
Viuvo	4	6,5
Filhos		
Não	19	30,6
Sim	43	69,4
Nº Filhos		
Um	20	46,5
Dois	13	30,2
Três ou mais	10	23,3
Com quem vive		
Familiares diretos	62	100,0
Escolaridade^a		
1º Ciclo	20	32,3
2º Ciclo	9	14,5
3º Ciclo	16	25,8
Ensino Secundário	13	21,0
Ensino Superior	3	4,8
Situação Laboral		
Estudante	9	14,5
Empregado	8	12,9
Desempregado	22	35,5
Reformado	16	25,8
Baixa Médica	3	4,8
Outra	4	6,5
Fontes de Rendimento^a		
Vencimento	7	11,3
Subsídios/pensões	17	27,4
Reforma	12	19,4
Rendimentos próprios	4	6,5
Rendimentos familiares	21	33,9

Nota. ^a N = 61

A maioria dos participantes é do género feminino (77,4%), situa-se na faixa etária dos 31 aos 50 anos (48,4%), é casado (43,5%) e tem filhos (69,4%). É também possível verificar que os participantes têm idades compreendidas entre os 13 e os 77 anos ($M = 42,61$, $DP = 16,11$). Relativamente ao nível de escolaridade, prevalece o 1º Ciclo (32,3%) seguido do 3º Ciclo (25,8%). A situação laboral dos participantes é na maioria de desempregado (35,5%), seguida de reformado (25,8%), sendo as suas fontes de rendimento essencialmente os rendimentos familiares (33,9%) e os subsídios/pensões (27,4%) (Quadro 2).

Quadro 3.

Caracterização dos familiares em função das variáveis sociodemográficas.

Familiares (N=62)		
	<i>N</i>	%
Grau de Parentesco		
1º Grau	60	96,8
2º Grau	2	3,2
Sexo		
Feminino	45	72,6
Masculino	17	27,4
Idade		
16 – 30	14	22,6
31 – 50	25	40,3
> 50	23	37,1
Estado Civil		
Casado	32	51,6
União de Facto	6	9,7
Divorciado/Separado	6	9,7
Solteiro	12	19,4
Viúvo	6	9,7
Filhos		
Não	15	24,2
Sim	47	75,8
Nº Filhos		
Um	14	29,8
Dois	22	46,8
Três ou mais	11	23,4
Com quem vive		
Familiares diretos	62	100,0
Escolaridade^a		
1º Ciclo	11	17,7
2º Ciclo	10	16,1
3º Ciclo	14	22,6
Ensino Secundário	17	27,4
Ensino Superior	8	12,9
Situação Laboral^b		
Estudante	8	12,9
Empregado	20	32,3
Desempregado	13	21,0
Reformado	15	24,2
Outra	5	8,1
Fontes de Rendimento^a		
Vencimento	20	32,3
Subsídios/pensões	11	17,7
Reforma	13	21,0
Rendimentos próprios	5	8,1
Rendimentos familiares	11	17,7

Nota. ^a N = 60; ^b N = 61

No que se refere aos familiares destes participantes, e tal como pode ser observado no Quadro 3, verificamos que a maioria dos familiares é do género feminino (72,6%), se situa na faixa etária dos 31 aos 50 anos (40,3%), é casado (51,6%) e tem filhos (75,8%). Foi também possível constatar que estes familiares têm idades compreendidas entre os 16 e os 80 anos ($M = 43,84$, $DP = 15,99$). No que concerne ao nível de escolaridade,

prevalece o Ensino Secundário (27,4%) e o 3º Ciclo (22,6%). A situação laboral dos familiares é na maioria de empregado (32,3%), seguida de reformado (24,2%), sendo as suas fontes de rendimento essencialmente os vencimentos (32,3%) e as reformas (21,0%).

Quadro 4.

Caracterização dos participantes em função das variáveis clínicas.

Participantes (N=62)		
	<i>n</i>	%
Diagnóstico^a		
Com diagnóstico	47	75,8
Sem diagnóstico	3	4,8
Anos Doença^b		
Menos de 10	32	51,6
10 ou mais	19	30,6
Familiares História^c		
Não	30	48,4
Sim	31	50,0
Quem?		
1º Grau	29	93,5
2º Grau	2	6,5
Internamento em Psiquiatria		
Não	43	69,4
Sim	19	30,6
Quantas vezes?^d		
Uma vez	6	31,6
De 2 a 5 vezes	8	42,1
Mais de 6 vezes	3	15,8

Nota. ^a N = 50; ^b N = 51; ^c N = 61; ^d N = 17

De acordo com o exposto no Quadro 4, verificamos que a maioria dos participantes foi diagnosticado (75,8%), teve o início da doença há menos de 10 anos (51,6%) e nunca esteve internado num Serviço de Psiquiatria (69,4%). Quanto à existência ou não de familiares com história de doença psiquiátrica a nossa amostra é bastante equilibrada, sendo de referir ainda que dos 31 participantes que afirmaram ter este historial, 93,5% refere os familiares em 1º Grau.

Quadro 5.

Caracterização dos familiares em função das variáveis clínicas.

Familiares (N=62)		
	<i>n</i>	%
Diagnóstico^a		
Com diagnóstico	38	61,3
Sem diagnóstico	4	6,5
Anos Doença^b		
Menos de 10	25	40,3
10 ou mais	16	25,8
Familiares História		
Não	38	61,3
Sim	24	38,7
Quem?		
1º Grau	24	100,0
Internado Psiquiatria^c		
Não	57	91,9
Sim	4	6,5
Quantas vezes?		
Uma vez	2	50,0
De 2 a 5 vezes	2	50,0

Nota. ^a N = 42; ^b N = 41; ^c N = 61

Curiosamente, quando estas questões são formuladas aos familiares, as respostas não são 100% convergentes (Quadro 5). Na opinião destes familiares a maioria dos participantes foi diagnosticado (61,3%), teve o início da doença há menos de 10 anos (40,3%) e nunca esteve internado no Serviço de Psiquiatria (69,4%). A maioria nega a existência de familiares com história de doença psiquiátrica (61,3%), sendo de referir ainda que a totalidade dos 24 familiares que afirmaram ter este historial refere os familiares de 1º Grau.

4.7. Análise dos dados e discussão dos resultados

Os resultados apresentados dizem respeito à análise estatística realizada com base nos dados recolhidos, analisados em função dos objetivos previamente delineados. Salientamos que algumas variáveis sócio-demográficas, recolhidas durante a

administração do protocolo de avaliação, acabaram por não ser analisadas devido à heterogeneidade da amostra.

Começando por procurar responder àquele que foi o objetivo geral do nosso estudo, segundo o qual procurávamos “conhecer as percepções do funcionamento familiar por parte de indivíduos utentes de serviços de Psicologia e Psiquiatria e por parte dos seus familiares e perceber de que forma essas percepções se relacionam entre si”, pelo que verificamos que a *Coesão Familiar Percebida* pelos participantes se correlaciona de forma positiva e estatisticamente significativa com a *Coesão Familiar Percebida* pelos familiares ($r = 0,497$; $p < 0,01$). Do mesmo modo, verificamos, ainda, que a correlação encontrada entre a *Adaptabilidade Familiar Percebida* pelos participantes e pelos familiares é positiva e estatisticamente significativa ($r = 0,286$; $p < 0,05$), assim como a correlação entre o *Índice de Insatisfação* dos participantes e dos familiares ($r = 0,311$; $p < 0,05$) (Quadro 6).

Quadro 6.

Percepção do funcionamento familiar por partes dos participantes e dos seus familiares.

	Participante		
	Coesão Familiar Percebida	Adaptabilidade Familiar Percebida	Índice de Insatisfação
Família	Coesão Familiar Percebida	.497**	.189
	Adaptabilidade Familiar Percebida	.152	.286*
	Índice de Insatisfação	- .387**	- .020
			.311*

* $p < 0,05$

** $p < 0,01$

Estes dados permitem-nos, então, dizer que quanto mais os participantes, neste estudo, percebiam a dinâmica familiar como coesa e adaptável, mais os seus familiares o percebem da mesma forma.

Estes resultados são expectáveis, na medida em que a família funciona como um sistema que representa um conjunto de elementos que se encontram vinculados por relações, que preservam uma relação contínua com o exterior, garantindo o seu

equilíbrio ao longo de um processo de desenvolvimento que compreende diferentes estádios de desenvolvimento (Sampaio & Gameiro, 1985).

Por outro lado, funcionamento da família é algo mais do que a soma das partes individuais dos elementos que a constituem, pelo que tem sentido observar a interação existente entre eles e analisar a família como um todo, sistema aberto e complexo que forma a totalidade com padrões de interação mais circulares do que lineares. Daqui se compreende que os acontecimentos de vida relacionam-se por meio de ciclos repetitivos, que se influenciam mutuamente (Alarcão, 2006).

Importa, ainda, aludir para propriedade homeostática da família considerando que esta é vulnerável às perturbações de natureza interna e externa, pelo que reage às mesmas de forma a reestabelecer o seu equilíbrio por meio de mecanismos reguladores. Por outras palavras, podemos dizer que a família ativa os seus mecanismos homeostáticos para manter a sua identidade e permanência ao longo dos tempos (Alarcão, 2006).

O modo pelo qual as perceções do funcionamento familiar dos participantes e dos seus familiares se relacionam pode estar associado à comunicação, dimensão facilitadora do movimento entre coesão e adaptabilidade (Olson, 1999; 2000; Olson & Gorall, 2003; Olson, Portner & Lavee 1985), pelo que podemos sugerir que neste estudo as famílias caracterizam-se por boas competências de comunicação.

Analisando os resultados em função das características da nossa amostra, emergem algumas questões merecedoras de reflexão, nomeadamente a sua heterogeneidade. Considerando o facto da recolha de dados ter sido efetuada em diferentes contextos, faz-nos pensar se os resultados teriam sido diferentes se a recolha tivesse sido circunscrita a um único contexto, serviço de psicologia ou psiquiatria.

Importa, ainda, analisar os dados apresentados no Quadro 7, que nos permitem constatar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os participantes e os respetivos familiares no *Índice de Insatisfação* ($t(61) = 2,337; p < 0,05$), sendo que os participantes são aqueles que revelam uma maior insatisfação. No entanto, não se observam diferenças estatisticamente significativas entre participantes e familiares nas dimensões *Adaptabilidade Familiar Percebida* e *Coesão Familiar Percebida* ($p > 0,05$).

Quadro 7.

Diferenças de percepção do funcionamento familiar por parte dos participantes e dos seus familiares

	Grupo	Média	Desvio Padrão	<i>t</i>	<i>p</i>
Coesão Familiar	Participante	34,26	8,325	- 1,339	.186
Percebida	Familiar	35,63	7,717		
Adaptabilidade	Participante	25,35	6,531	- .549	.585
Familiar Percebida	Familiar	25,85	5,371		
Índice de Insatisfação	Participante	12,67	7,563	2,337	.023*
	Familiar	9,99	7,776		

* $p < 0,05$

Sugerimos que o facto dos participantes perceberem de um modo menos satisfatório o funcionamento familiar, pode estar associado à sua capacidade de *insight*, pelo que poderão considerar-se como um “fardo” para os seus familiares. Mais uma vez se levanta a questão que os resultados poderiam ser diferentes em quadros psicopatológicos de maior gravidade e severidade, na medida em que estes se caracterizam pela ausência de *insight* e ausência de carência lógica e racional.

O **primeiro objetivo secundário** formulado é: “ Conhecer e comparar a adaptabilidade, a coesão e a insatisfação familiar por parte dos participantes e por parte dos seus familiares em função da existência de perturbação emocional dos participantes”.

A análise dos dados, apresentada no Quadro 8 revela que existem diferenças estatisticamente significativas entre os participantes com e sem perturbação emocional na *Adaptabilidade Familiar Percebida* ($t(60) = - 2,508$; $p < 0,05$), sendo que os participantes com perturbação emocional são aqueles que percecionam uma maior adaptabilidade familiar. Por sua vez, não se observam diferenças estatisticamente significativas entre estes dois grupos de participantes nas dimensões *Coesão Familiar Percebida* e *Índice de Insatisfação* ($p > 0,05$).

Quadro 8.

Perceção do funcionamento familiar por parte dos participantes em função da existência de perturbação emocional.

	Diagnóstico Participantes	<i>n</i>	<i>Média</i>	<i>Desvio Padrão</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Coesão Familiar	SPE	40	33,17	7,372		
Percebida- Participante	CPE	22	36,23	9,700	- 1,286	.207
Adaptabilidade	SPE	40	23,88	5,919		
Familiar Percebida- Participante	CPE	22	28,05	6,862	- 2,508	.015*
Índice de	SPE	40	12,40	7,707		
Insatisfação - Participante	CPE	22	13,16	7,447	- .377	.708

Legenda. SPE - Sem perturbação emocional; CPE - Com perturbação emocional

* $p < 0,05$

Pela análise do Quadro 9, podemos verificar que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os familiares dos participantes com e sem perturbação emocional nas dimensões *Coesão Familiar Percebida*, *Adaptabilidade Familiar Percebida* e *Índice de Insatisfação* ($p > 0,05$).

Quadro 9.

Perceção do funcionamento familiar por parte dos seus familiares em função da existência de perturbação emocional dos participantes.

	Diagnóstico Participantes	<i>n</i>	<i>Média</i>	<i>Desvio Padrão</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Coesão Familiar	SPE	40	35,75	7,530		
Percebida-Familiar	CPE	22	35,41	8,221	.165	.869
Adaptabilidade	SPE	40	25,70	5,876		
Familiar Percebida- Familiar	CPE	22	26,14	4,422	- .304	.762
Índice de	SPE	40	9,79	7,293		
Insatisfação – Familiar	CPE	22	10,37	8,755	- .279	.781

Legenda. SPE - Sem perturbação emocional; CPE - Com perturbação emocional

Importa interpretar a análise descritiva dos dados que nos permitem observar que os participantes com perturbação emocional percecionam um nível de adaptabilidade flexível, que se caracteriza por uma liderança igualitária, por uma disciplina democrática, por barreiras geracionais evidentes. Neste tipo de famílias, a tomada de decisão é negociada pelos membros da família e as regras podem sofrer alterações e serem cumpridas de uma forma flexível, pelo que demonstram capacidades de mudança quando necessário. Nos participantes sem perturbação emocional, observamos que estes percecionam um nível de adaptabilidade estruturado, o que se traduz por uma liderança maioritariamente autoritária, uma disciplina do tipo democrático, poucas alterações das regras estabelecidas e barreiras geracionais evidentes e revelam capacidade para a mudança (Olson, 1999, 2000).

Apesar de não terem sido encontradas diferenças ao nível da coesão, importa realizar a análise descritiva da mesma, pela qual observamos que os participantes com perturbação emocional percebem um nível de coesão desmembrado (nível muito baixo moderado), que se caracteriza por uma grande separação emocional, verificando-se pouca interação entre os elementos que constituem o sistema familiar, os interesses são individuais e independentes da família. Por sua vez, os participantes sem perturbação emocional percebem o nível de coesão como desligado (nível baixo a moderado), caracterizados por uma menor separação emocional do que as descritas anteriormente descritas, porém os seus elementos propendem mais a independentes do que dependentes (Olson, 1999, 2000).

De igual modo, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas no índice de insatisfação familiar, sendo que estes resultados podem ser explicados pela correlação com a coesão familiar percebida, considerando que os participantes que percecionam níveis de coesão mais baixos se sintam mais insatisfeitos.

Pela análise dos dados podemos dizer que as famílias dos participantes com e sem perturbação emocional percebem um nível de coesão desligado. No que diz respeito à adaptabilidade percebem um nível flexível.

Contrariamente ao que seria esperado, os resultados apresentados, não revelam diferenças quanto à perceção do funcionamento familiar por dos seus familiares em

função da existência de perturbação emocional. A maioria estudos comparativos demonstra que a percepção do funcionamento familiar é mais comprometida nos grupos com pacientes psiquiátricos do que em grupo saudáveis, apontando que as famílias de indivíduos com perturbação emocional apresentam maior disfuncionamento (Belardinelli, 2008; Casper & Troiani, 2001; Dancyger, Fornani & Sunday, 2006; Presseman, 2006; Uehara, Kawashima, Goto, Tasaki & Someya, 2001;).

Neste sentido importa refletir sobre as especificidades da amostra do presente estudo, considerando que a recolha dos dados provém de diferentes contextos, serviços de psicologia e psiquiatria pelo que, os utentes não apresentam necessariamente um quadro psiquiátrico. Por outro lado, os que têm um quadro psiquiátrico, poderão estar estabilizados ou em fases diferentes de evolução de doença. Deste modo, consideramos os aspetos assinalados como variáveis parasitas que, de algum modo, poderão ajudar a compreender os resultados obtidos.

O **segundo objetivo** formulado é: “Conhecer e comparar a adaptabilidade, a coesão e a insatisfação familiar dos participantes e dos seus familiares em função da existência de história familiar de doença psiquiátrica”.

Os dados expostos no Quadro 10 permitem-nos constatar que existem diferenças estatisticamente significativas entre os participantes com e sem história familiar de doença psiquiátrica na *Coesão Familiar Percebida* ($t(59) = - 2,466$; $p < 0,05$), sendo que os participantes com história familiar de doença psiquiátrica são aqueles que percecionam uma maior coesão familiar. Por sua vez, não se observam diferenças estatisticamente significativas entre estes dois grupos de participantes nas dimensões *Adaptabilidade Familiar Percebida* e *Índice de Insatisfação* ($p > 0,05$).

Quadro 10.

Adaptabilidade, a coesão e a insatisfação familiar dos participantes em função da existência de história familiar de doença psiquiátrica.

	História Familiar	<i>n</i>	<i>Média</i>	<i>Desvio Padrão</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Coesão Familiar	Não	30	31,60	6,521	- 2,466	.017*
Percebida-Participante	Sim	31	36,65	9,261		
Adaptabilidade Familiar	Não	30	24,20	5,536	- 1,599	.115
Percebida-Participante	Sim	31	26,81	7,073		
Índice de Insatisfação – Participante	Não	30	12,88	7,131	.177	.860
	Sim	31	12,54	8,179		

* $p < 0,05$

Pela análise verificamos que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os familiares dos participantes com e sem história familiar de doença psiquiátrica nas dimensões *Coesão Familiar Percebida*, *Adaptabilidade Familiar Percebida* e *Índice de Insatisfação* ($p > 0,05$) (Quadro 11).

Quadro 11.

Adaptabilidade, a coesão e a insatisfação familiar dos familiares em função da existência de história familiar de doença psiquiátrica.

	História Familiar	<i>n</i>	<i>Média</i>	<i>Desvio Padrão</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Coesão Familiar	Não	30	34,60	6,436	- .947	.347
Percebida-Familiar	Sim	31	36,48	8,865		
Adaptabilidade Familiar	Não	30	25,33	5,346	- .711	.480
Percebida-Familiar	Sim	31	26,32	5,522		
Índice de Insatisfação – Familiar	Não	30	9,76	5,995	- .320	.750
	Sim	31	10,41	9,318		

Através da análise dos dados podemos dizer que os participantes com história familiar de doença psiquiátrica percebem um nível de coesão desligado. Por sua vez os

participantes sem história familiar de doença psiquiátrica percebem um nível de coesão desmembrado.

Apesar de não se evidenciarem diferenças estatisticamente significativas na adaptabilidade percebida pelos participantes com e sem história de doença psiquiátrica, observamos que os participantes com história de doença psiquiátrica percebem o nível de adaptabilidade como flexível. Os participantes sem história de doença psiquiátrica percebem um nível de adaptabilidade estruturado.

Porém por meio da análise descritiva dos dados podemos observar que os familiares de participantes com história de doença psiquiátrica percebem o nível de coesão familiar como desligado. Por sua vez os familiares de participantes sem perturbação emocional percebem o nível de coesão desmembrado.

No que respeita à dimensão adaptabilidade familiar, os familiares de participantes com e sem história de doença familiar de doença psiquiátrica percebem o nível de adaptabilidade como flexível.

Os resultados obtidos podem ser compreendidos à luz da TGS, segundo o qual a família é percebida como um sistema auto-organizado, que se encontra exposto a variações constantes que, atingindo uma determinada dimensão conduzem a um ponto crítico, a partir do qual ocorre uma mudança, descontínua e imprevisível. Para que esta mudança ocorra, a família necessita vivenciar um estado de crise. Deste modo, constatamos que a família é caracterizada por um equilíbrio dinâmico, pautado por margens de funcionamento estáveis que, na presença de pontos críticos, desencadeiam mudanças irreversíveis das quais emerge um novo padrão organizativo. Importa, ainda, referir a dimensão temporal, revalorizando a história do próprio sistema que nos chama atenção para a direção evolutiva do sistema e determina a sua irreversibilidade. A dimensão temporal permite-nos perceber, deste modo, o valor do passado não como causa do presente, mas um passado que se faz sentir no presente tendo em vista o futuro (Alarcão, 2006; Prigogine, 1996).

O **terceiro objetivo** formulado é: “Conhecer e comparar a percepção do funcionamento familiar por parte dos participantes e dos seus familiares em função do ano de início da doença”

De acordo com a análise dos dados verificamos que não existem diferenças estatisticamente significativas nas dimensões *Coesão Familiar Percebida*, *Adaptabilidade Familiar Percebida* e *Índice de Insatisfação* dos participantes em função do ano de início da doença destes ($p > 0,05$) (Quadro 12).

Quadro 12.

Percepção do funcionamento familiar por parte dos participantes em função do ano de início da doença

	Início Doença Participante	<i>n</i>	<i>Média</i>	<i>Desvio Padrão</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Coesão Familiar	> 10 anos	19	36,53	7,493		
Percebida- Participante	≤ 10 anos	32	32,75	8,052	1,661	.103
Adaptabilidade	> 10 anos	19	26,16	6,002		
Familiar Percebida- Participante	≤ 10 anos	32	25,28	6,249	.491	.625
Índice de	> 10 anos	19	12,73	6,604		
Insatisfação – Participante	≤ 10 anos	32	12,24	7,831	.226	.822

Análise dos dados apresentados (Quadro 13), permitem constatar que existem diferenças estatisticamente significativas, entre os familiares dos participantes com doença psiquiátrica há mais de 10 anos e os familiares dos participantes com doença psiquiátrica há menos de 10 anos (inclusive), no *Índice de Insatisfação* ($t(49) = - 2,657$; $p < 0,05$). De salientar que os familiares dos participantes com esta doença há menos de 10 anos (inclusive) são aqueles que revelam uma maior insatisfação. Por sua vez, não se observam diferenças estatisticamente significativas entre estes dois grupos de familiares nas dimensões *Adaptabilidade Familiar Percebida* e *Coesão Familiar Percebida* ($p > 0,05$).

Quadro 13.

Percepção do funcionamento familiar por parte dos familiares em função do ano de início da doença

	Início Doença Participante	<i>n</i>	<i>Média</i>	<i>Desvio Padrão</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Coesão Familiar	> 10 anos	19	36,53	5,709	.789	.434
Percebida-Familiar	≤ 10 anos	32	34,88	7,975		
Adaptabilidade	> 10 anos	19	27,32	5,386	1,543	.129
Familiar Percebida- Familiar	≤ 10 anos	32	24,88	5,505		
Índice de	> 10 anos	19	7,18	4,648	- 2,657	.011*
Insatisfação – Familiar	≤ 10 anos	32	11,99	8,270		

* $p < 0,05$

Embora não se observem diferenças estatisticamente significativas, importa considerar a análise descritiva dos dados que nos indicam que os participantes com mais de 10 anos de início de doença percebem o nível de coesão familiar como desligado. Os participantes cujo ano de início de doença é igual ou menor a 10 anos percebem o nível de coesão como desmembrado.

No que diz respeito à adaptabilidade percebida pelo participante com ano de início de doença superior a 10 anos e inferior ou igual a 10 anos, verificamos que estes consideram o nível flexível.

Porém pela análise dos dados podemos dizer que os familiares dos participantes com doença psiquiátrica há mais de 10 anos percebem o nível de coesão familiar como desligado. Os familiares dos participantes com esta doença há menos de 10 anos (inclusive) percebem o nível de coesão como desmembrado.

Os familiares dos participantes com mais de 10 anos de doença percebem o nível de adaptabilidade familiar como flexível. Por sua vez os familiares dos participantes familiares dos participantes com esta doença há menos de 10 anos (inclusive) percebem o nível de adaptabilidade como estruturado.

Estes resultados são esperados, quando considerada a propriedade de auto-organização do sistema familiar que lhe permite mudar a sua estrutura de forma espontânea de forma a desenvolver condições que beneficiem a sua sobrevivência ou permanecer idêntico.

O **quarto objetivo** formulado é: “Conhecer e comparar a percepção do funcionamento familiar por parte dos participantes e dos seus familiares em função da idade dos respondentes”

No Quadro 14 podemos verificar que não existem diferenças estatisticamente significativas nas dimensões *Coesão Familiar Percebida*, *Adaptabilidade Familiar Percebida* e *Índice de Insatisfação* dos participantes em função da faixa etária destes ($p > 0,05$)

Quadro 14.

Adaptabilidade, a coesão e a insatisfação familiar dos participantes em função da idade

	Faixa Etária Participante	<i>n</i>	Média	Desvio Padrão	<i>F</i>	<i>p</i>
Coesão Familiar	13 - 30	13	32,77	8,861	.264	.769
Percebida-	31 - 50	30	34,77	8,740		
Participante	> 50	19	34,47	7,575		
Adaptabilidade	13 - 30	13	24,15	6,756	.725	.489
Familiar Percebida-	31 - 50	30	24,97	6,657		
Participante	> 50	19	26,79	6,268		
Índice de	13 - 30	13	15,31	8,108	1,009	.371
Insatisfação –	31 - 50	30	12,08	6,755		
Participante	> 50	19	11,79	8,373		

Pelo Quadro 15 podemos constatar que não existem diferenças estatisticamente significativas nas dimensões *Coesão Familiar Percebida*, *Adaptabilidade Familiar Percebida* e *Índice de Insatisfação* dos familiares em função da faixa etária destes ($p > 0,05$), à semelhança do que se verificou para os participantes.

Quadro 15.

Adaptabilidade, a coesão e a insatisfação familiar dos familiares em função da idade

	Faixa Etária Familiar	<i>n</i>	Média	Desvio Padrão	<i>F</i>	<i>p</i>
Coesão Familiar Percebida-Familiar	16 - 30	14	34,21	6,577	.476	.624
	31 – 50	25	35,40	8,180		
	> 50	23	36,74	7,996		
Adaptabilidade Familiar Percebida-Familiar	16 – 30	14	28,21	5,423	1,797	.175
	31 – 50	25	25,08	5,492		
	> 50	23	25,26	5,011		
Índice de Insatisfação – Familiar	16 – 30	14	9,55	5,953	.043	.958
	31 – 50	25	9,94	7,721		
	> 50	23	10,33	9,025		

Os resultados obtidos eram expectáveis na medida em que a literatura, indica que a idade não parece constituir uma variável que interfira com o funcionamento familiar (Falceto, Busnello & Bozzetti, 2000).

Conclusão Geral

Neste trabalho propusemo-nos conhecer as percepções do funcionamento familiar por parte dos utentes de serviços de Psicologia e Psiquiatria e dos seus familiares e perceber de que forma essas percepções se relacionam entre si.

Os resultados alcançados, neste estudo, revelam que quanto mais os participantes percebem a dinâmica familiar como coesa e adaptável, mais os seus familiares a percebem dessa forma. No entanto, os participantes, comparativamente com os seus familiares, expressam maior insatisfação familiar.

Os participantes com e sem perturbação emocional percecionam maior adaptabilidade familiar. Por sua vez, os familiares de ambos os grupos não apresentam diferenças estatisticamente significativas no modo como percecionam o funcionamento familiar.

Analisando a percepção do funcionamento familiar em função de existência de história familiar de doença psiquiátrica nos participantes, observamos que os indivíduos com história de doença familiar percecionam um maior nível de coesão familiar. Em relação aos familiares, de participantes com e sem história familiar de doença psiquiátrica, não foram identificadas diferenças estatisticamente significativas.

Os participantes não apresentam diferenças de percepção do funcionamento familiar quando considerado o ano de início de doença. Por outro lado, os familiares que convivem com a doença há menos de 10 anos revelam maior insatisfação com o funcionamento familiar.

Neste estudo, verificamos ainda que a idade não interfere na percepção do funcionamento familiar por parte de utentes de serviços de psicologia e de psiquiatria e seus familiares.

A análise dos resultados obtido, torna-se compreensível, quando realizamos a sua leitura à luz da TGS, que percebe a família como um sistema auto-organizado, propriedade que lhe permite mudar a estrutura perante situações de crise, sendo que esta mudança assegura a manutenção da estabilidade do sistema, sendo este um processo irreversível que desencadeia um novo padrão organizativo (Alarcão, 2006; Prigogine, 1996).

O presente estudo comporta um conjunto de limitações, tais como o número de participantes, pois em cada grupo (participantes e familiares) existiam apenas 62 indivíduos, e a especificidade dos contextos (serviços de Psicologia e Psiquiatria) o que compromete o nível de significância estatística dos dados e, por conseguinte, uma compreensão robusta e conclusiva da sua discussão. Importa, ainda, referir que perante a impossibilidade do investigador estar presente na administração do protocolo dirigido ao familiar, poderão eventualmente ter ocorrido interpretações erradas de algumas questões.

Deste modo, em próximos estudos seria importante que fosse tida em consideração a diversidade de características clínicas e sociodemográficas da amostra dado que esta deverá ser representativa da população que se pretende estudar. Sugerimos, também a necessidade de definir grupos em função do contexto de recolha dos dados, visando eliminar possíveis variáveis parasitas. Seria, ainda, interessante se juntamente com a FACES-III fosse aplicada uma escala de desejabilidade social procurando averiguar se os inquiridos tendem a responder de acordo com o que percebem como socialmente aceitável.

Tendo em linha de conta que a doença mental representa uma ameaça à homeostasia do sistema familiar, ou uma forma disfuncional de repor a homeostasia, os profissionais de saúde, em especial os psicólogos, deverão estar atentos não só à reação do indivíduo à doença, e à forma como esta se repercute no sistema familiar, mas também ao papel desempenhado pela família na emergência da doença mental e na sua vivência.

Considerando a comunicação como facilitadora do movimento entre a coesão e adaptabilidade, seria interessante desenvolver grupos de psicoeducação “*O Eu e o Nós*” destinados a famílias que convivem com a doença mental, tendo por objetivo a promoção e o desenvolvimento de competências comunicacionais da família, nomeadamente no que diz respeito à capacidade de expressão das emoções visando, deste modo, contribuir para o melhor funcionamento familiar.

Referências Bibliográficas

- Alarcão, M. (2006). *(Des)Equilíbrios familiares*. Coimbra: Quarteto.
- Alves, A. & Rodrigues, N. (2010). Determinantes sociais e económicas da saúde mental. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 28(2), 127-131.
- Andolfi, M. (1981). *Terapia familiar*. Lisboa: Veja
- Ausloos, G. (1996). *A competência das famílias, tempo, caos, processo*. Lisboa: Climepsi Editores
- Azevedo, D., Miranda, F. & Gaudêncio, M. (2009). Percepções de familiares sobre o portador de sofrimento psíquico institucionalizado. *Esc Anna Nery Revista de Enfermagem*, 13(3): 485-491.
- Belardinelli, C., Hatch, J. Olvera, R., Fonseca, M. Caetano, S, Nicoletti, M. et al. (2008). Family environment patterns in families with bipolar children. *Affection Disorders*. 107, 299-305
- Belmonte, T. (2003). A história da loucura e a concepção do inconsciente. *Cadernos Brasileiros de Medicina*, 16 (1,2,3,4),
- Bertalanfy, L. (1973). *Théorie général des systèmes*. Paris: Dunod.
- Byrne, P. (2000). Stigma of mental illness and ways of diminishing it. *Advances in Psychiatric Treatment*, 6, 65-72.
- Campos, P. & Soares, C. (2005). Representações da sobrecarga familiar e adesão aos serviços alternativos em saúde mental. *Psicologia em Revista*. 11(18), 219-237.
- Canavarro, M. (1999). *Relações afectivas e saúde mental – Uma abordagem ao longo do ciclo de vida*. Coimbra: Quarteto.
- Canavarro, M. (1999). Inventário de sintomas psicopatológicos – BSI. In M. R. Simões, M. Gonçalves e L. Almeida (Eds), *Testes e Provas Psicológicas em Portugal (Vol. II)* (pp. 95-1090). Braga: Sistemas Humanos e Organizacionais.
- Carter, A. & Murdock, K. (2001). The family as a context of psychology functioning . In E. Grigorenko & R. Stenberg (Eds.). *Family environment and intellectual*

functioning – A life span perspective (pp. 1-22). London: Lawrence Earlbaum Associates.

Casper, R. C., Troiani, M. (2001). Family functioning in anorexia nervosa differs by subtype. *International Journal Eating Disorders*, 30(3), 338-342.

Colvero, L., Ide, C. & Rolim, M. (2004). Família e doença mental: A difícil convivência com a diferença. *Revista Escola de Enfermagem USP*, 38(2), 197-205.

Cordeiro, J. (1994). *A saúde mental e a vida*. Lisboa: Edições Salamandra.

Corrigan, P. (2004). *Enhancing personal empowerment of people with psychiatric disabilities*. Illinois: University of Chicago Center for Psychiatric Rehabilitation.

Corrigan, P., & Kleinlein, P. (2005). The impact of mental illness stigma. In P. Corrigan (Ed.). *On the stigma of mental illness: Pratical strategies for research and social change* (pp. 11-44). Washington, DC: American Psychological Association.

Corrigan, P., River, L., Lundin, R., Wasowski, K., Campion, J., Mathisen, J., Goldstein, H., Bergman, M., Gagnon, C. & Kubiak, M. (2000). Stigmatizing attributions about mental illness. *American Journal of Community Psychologist*, 54(9), 765-776.

Curral, R., Dourado, F., Roma Torres, A. Barros, H., Pacheco Palha, A., Almeida, L. (1999). Coesão e adaptabilidade familiares numa amostra portuguesa: estudo de adaptação da FACES-III. *Psiquiatria Clínica*, 20(3), 213-217.

Cruz, E. & Oliveira, J. (2007). Concepções históricas e significados simbólicos da loucura. *Vivência*, 32, 71-77.

Dancyger, I., Fornani, V. & Sunday, S. (2006). What may underline differing perceptions of family functioning between mothers and their adolescent daughters with eating disorders? *International Journal of Adolescence Medical Health*, 18(2), 281-286.

Davygov, D., Stewart, R., Ritchie, K. & Chaudieu, I. (2010). Resilience and mental health. *Clinical Psychology Review*, 30, 479-495.

- Elliott, G., Ziegler, H., Altman, R. & Scott, D. (1982). Understanding stigma: dimensions of deviance and coping. *Deviant Behavior*, 3, 275-300.
- Ey, H., Bernard, P. & Brisset, C. (1978). *Tratado de psiquiatria*. Barcelona: Toray-masson.
- Falceto, O. Busnello, E. & Bozzetti, M. (2000). Validação de escalas diagnósticas do funcionamento familiar para a utilização em serviços de atenção à saúde: *Revista Panam Salud Publica*, 7 (4), 225-263.
- Farate, C. (2000). *O acto do consumo e o gesto que consome: “Risco relacional” e o consumo de drogas no início da adolescência*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Fazenda, I. (2005). Família, coesão e diferenciação. *Revista Integrar*, 23, 3-8
- Fazenda, I. (2008). *O puzzle desmanchado: Saúde mental, contexto social, reabilitação e cidadania*. Lisboa: Climepsi.
- Figueiredo, M. (2009). *Enfermagem de família: Um contexto do cuidar*. (Dissertação de doutoramento não publicada). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, Porto.
- Figueiredo, M. & Charepe, Z. (2010). Processos adaptativos da família à doença mental: os grupos de ajuda mútua como estratégia de intervenção. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. 3, 24-30.
- Fisher, D. (2006). *A new vision of recovery: People can fully recover from mental illness. It is not a life-long process*. National Empowerment Center. Retirado de http://www.power2u.org/articles/recovery/new_vision.html.
- Foulcault, M. (1972). *História da loucura*. São Paulo: Editora Perspectiva.
- Foulcault, M. (2008). *Doença mental e psicologia*. Lisboa. Edições Texto & Grafia.
- Gameiro, A. (1989). *Manual de saúde mental e psicopatologia – Guia prático de acompanhamento na saúde mental e na doença nervosa*. Porto: Edições Salesianas.
- Gimeno, A. (2003). *A família: O desafio da diversidade*. Lisboa: Instituto Piaget.

- Goffman, E. (1990). *Stigma: Notes on the management of spoiled*. UK: Penguin Books
- Gonçalves, A. (2004). A doença mental e a cura: um olhar antropológico. *Millenium*, 30, 159-171.
- Gonçalves, A. (2006). A doença mental: Determinação individual ou construção social. *Millenium*, 32, 163-168.
- Góngora, J. (2004). *Enfermedad y familia – Manual de intervención psicossocial*. Barcelona: Páidos.
- Hildebrant, L. & Moraski, T. (2005). As percepções de doença mental na ótica de familiares de psicóticas. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. 7(2). 195-206.
- Hill, R. (1958). Generic features of families under stress. *Social Casework* 49, 139-150.
- Jara, J. M. (2006). *Causas da psiquiatria: Questões de saúde mental*. Lisboa: Caminho.
- Kurzban, R.. & Leary, M. (2001). Evolutionary origins of stigmatization: The functions of social exclusion. *Psychological Bulletin*, 127(2). 187-208.
- Lee, E., Park, Y, Song, M., Lee, I., Park, Y. & Kim, H. (2002). Family functioning in the context of chronic illness in women: A korean study. *International Journal of Nursing Studies*, 39, 705-711.
- Maciel, S., Maciel, C., Barros, D., Sá, R. & Camino, L. (2008). Exclusão social do doente mental: Discursos e representações no contexto da reforma psiquiátrica. *Psico-USF*. 13(1). 115-124.
- Marques, E. (2003). *Da loucura à doença mental, da doença mental à inimizabilidade – Avaliação de doentes esquizofrénicos inimputáveis internados numa clínica psiquiátrica em meio prisional*. (Dissertação de mestrado não publicada). ISPA, Lisboa.
- Minuchin, S. (1979). *Familles en thérapie*. Paris: Jean Pierre Delarge.
- Moreira, P. & Melo, A. (2005). *Saúde Mental – Do tratamento à prevenção*. Porto: Porto Editora.

- McCubbin, H. & Patterson, J. (1983). The family stress process: The double ABCX model of adjustment and adaptation. In: I. McCubbin, M. Sussaman & J. Patterson, *Social stress and the family* (pp. 7-37). New York: The Haworth Press.
- Pressman, L., Loo, S., Carpenter, E., Asarnow, J., Lynn, D., McCracken, J. et al. (2006). Relationship of family environment and parental psychiatric diagnosis to impairment in ADHD. *Acad Child Adolesc Psychiatry*, 45(3), 346-354.
- Olson, D., Portner, J. & Lavee, Y. (1985). *FACES III – Manual and norms*. Minnesota: Family Social Science University of Minnesota.
- Olson, D. H. (1999). Circumplex model of marital & family systems. [Special issue]. *Journal of Family Therapy*.
- Olson, D. H. (2000). Circumplex model of marital and family systems. *Journal of Family Therapy*, 22, 144-167.
- Olson, D. H. & Gorall, D. M. (2003). Circumplex model of marital and family systems. In Walsh, F. (Eds). *Normal family processes*. (pp. 514-547). New York: Guilford.
- Oliveira, S. (1999). *Uma reflexão sobre a esquizofrenia: considerações psicodinâmicas*. (Dissertação de mestrado não publicada). Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Oliveira, S. (2002). Trechos da História da Loucura. *Interacções*, 3, 106-120.
- Organização Mundial de Saúde (2002). *Relatório mundial de saúde 2001 – Saúde mental: Nova compreensão, nova esperança*. Lisboa: Direcção – Geral de Saúde.
- Palazzoli, M. et al. (1980). *Le magie ou comment changer la condition paradoxale du psychologue dans l'école*. Paris: Edition ESF.
- Pereira, M. & Pereira, A. (2003). Transtorno mental: Dificuldades enfrentadas pela família. *Revista de Escola de Enfermagem*, 37(4), 92-100.
- Pestana, M. & Gageiro, J. (2005). *Análise de dados para ciências sociais – A complementaridade do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Pires, C. (2003). *Manual de psicopatologia: Uma abordagem psicossocial*. Leiria: Editorial Diferença.

- Platt, S. (1985). Measuring the burden of psychiatric illness on the family: An evaluation of some rating scales. *Psychological Medicine*, 15(2), 383-393.
- Prigogine, I. (1996). *O fim das certezas: o tempo o caos e as leis da natureza*. Lisboa: Gradiva.
- Pryor, J., Reeder, G., Yeadon, C., & Hesson-McInnis, M. (2004). A dual-process model of reactions to perceived stigma. *Journal of Personality and Social Psychology*, 87(4), 426-452.
- Relvas, A. (1999). *Conversas com famílias*. Porto: Edições Afrontamento.
- Relvas, A. (1996). *O Ciclo vital da família – Perspectiva sistémica*. Porto: Edições Afrontamento.
- Reinaldo, A. & Saeki, T. (2004). Ouvindo outras vozes: Relato de familiares sobre o convívio com o paciente psiquiátrico. *Revista de Enfermagem USP*, 38(4). 396-405.
- Ribeiro, J. (1999). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Ribeiro, J. (2007). *Avaliação em psicologia da saúde: Instrumentos publicados em português*. Coimbra: Quarteto.
- Rolland, J. (2000). *Familias, enfermedad y discapacidad – Una propuesta desde la terapia sistémica*. Barcelona: Gedisa.
- Rozin, P., Lowery, L. & Ebert, R. (1994). Varieties of disgust faces and the structure of disgust. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66 (5). 870-881.
- Salaverry, O. (2012). La piedra de la locura: Íncios historicos de la salud mental. *Revista Peru Med Exp Salud Publica*. 29(1). 143-148.
- Sampaio, D. & Gameiro, J. (1998). *Terapia Familiar*. Porto: Edições Afrontamento.
- Sant’Ana, M., Pereira, V., Borenstein, M. & Silva, A. (2011). O significado de ser familiar cuidador do portador de transtorno mental. *Texto Contexto Enfermagem*, 20(1). 50-58.

- Santos, A. C. (2001). *Ideologias, modelos e práticas institucionais em saúde mental e psiquiátrica*. Coimbra: Quarteto.
- Saunders, J. (2003). Families living with severe mental illness: A literature review. *Issues in Mental Health Nursing*, 24, 175-198.
- Shorter, E. (2001). *Uma história da psiquiatria. Da era do manicómio à idade do prozac*. Lisboa: Climepsi.
- Silva, C. (2004). *Famílias, doença e reabilitação psicossocial – Estudos da relação entre a percepção que as famílias de doentes psicóticos e têm de si, da doença e o seu envolvimento no processo de reabilitação psicossocial*. (Dissertação de mestrado não publicada). ISPA, Lisboa.
- Skolnick, A. (1993). Changes of heart: Family dynamics in historical perspective. In I. Cowan, P., Field, D. Skolnick, A. & Swansen, G. (Eds.), *Family self and society* (pp. 43-68). New Jersey: Lawrencw Earlbaum Associates.
- Spadini, L. & Souza, M. (2004). A doença mental sob o olhar de pacientes e familiares. *Revista de Escola de Enfermagem USP*. 40(1). 123-124.
- Stephen, H. (2007). *The mark of shame: stigma of mental illness and an agenda for change*. New York: Oxford.
- Taylor, M. & Dear, M. (1985). Scaling community attitudes towards the mentally ill. *Schizophrenia Bulletin*. 7(2), 225-240.